



Vaša kontakt osoba u HZZ- u _____

Telefon: _____

E-mail: _____

POPUNJAVA HZZRegistarski broj PR-a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Datum zaprimanja ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐Način zaprimanja PR-a: ☐ osobno ☐ telefonom ☐ faxom ☐ e-mailom ☐ drugo _____**PRIJAVA POTREBE ZA RADNIKOM - PR****1. PODACI O POSLODAVCU**

Naziv poslodavca: *PSIHIJATRIJSKA BOLNICA UGLJAN

Adresa: *OTOČKIH DRAGOVOLJACA 42, UGLJAN

Kontakt osoba: * _____

E-mail: * pisarnica@pbu.hr

Web stranica: _____

Telefon: * 023/ 208-205 Mobitel: * _____

Matični broj/OIB * 43171567819

Djelatnost: * BOLNICA

2. PODACI O RADNOM MJESTU

Naziv RM: * PRVOSTUPNIK/CA SESTRISNTVA

pis poslova: rad na bolničkim odjelima

Razina obrazovanja: * VSS

Obrazovni program: _____

POTREBNA ZNANJA I VJEŠTINE

Strani jezici _____

razumijevanje ☐ govor ☐ pisanje ☐

Razina (A1, A2, B1, B2, C1, C2)

Informatička znanja _____

Stručni ispit i druga znanja _____

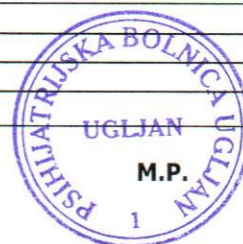
Vozački ispit _____

kategorija ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ F

Druga znanja i vještine _____

RADNO ISKUSTVO*☐ mjeseci☐ nije važno☐ godina☒ bez radnog iskustva**3. VRSTA ZAPOSLENJA*****Neodređeno**☐ upražnjeni poslovi☐ novootvoreni poslovi**Određeno**☐ sezonski ☐ mjeseci☐ zamjena ☐ mjeseci☐ povećan opseg posla☐ novootvoreni poslovi ☐ mjeseci**X pripravnik**☐ stručno osposobljavanje za rad☐ ugovor o djelu**MOGUĆNOST ZAPOSŁJAVANJA OSOBE S****INVALIDITETOM** (ukoliko udovoljava uvjetima natječaja)☐ DA ☐ NE**4. UVJETI RADNOG MJESTA****X na jednom mjestu**☐ terenski radMogućnost odabira kandidata izvan mjesta rada DA/NE
S područja _____**SMJEŠTAJ****X** nema smještaja☐ grupni smještaj☐ samački smještaj☐ obiteljski stan**NAKNADA ZA PRIJEVOZ**☐ bez naknade☐ djelomična naknada**X** cijela naknada**PREDVIĐENA PLAĆA** _____ **KN (netto)****RADNO VRIJEME*****X puno radno vrijeme**☐ nepuno radno vrijeme**RAD U SMJENAMA**☐ prijedodne ☐ poslijepodne ☐ dvokratno☐ noćni rad ☐ 2 smjene ☐ 3 smjene☐ rad vikendom i praznikom☐ Mogućnost korištenja vlastitog vozila**5. UVJETI NATJEČAJA***Natječaj vrijedi* **od 16.-23.09.2020.**Broj traženih radnika* **1**Mjesto rada* **UGLJAN****KONTAK KANDIDATA S POSLODAVCIMA***☐ osobni dolazak _____ (naziv adrese)☐ telefonski _____ (broj telefona)**X pisana zamolba :PSIHIJATRIJSKA BOLNICA UGLJAN
OTOČKIH DRAGOVOLJACA 42, 23275 UGLJAN**☐ e - mail _____**ODABIR KANDIDATA***☐ stručni odabir savjetnika za zapošljavanje

broj kandidata za uži izbor _____

☐ psihologijska selekcija kandidata**X osobni odabir poslodavca****6. USLUGE HZZ-a KOJE ŽELITE****X objava natječaja na web stranici HZZ-a****X s podacima o poslodavcu**☐ bez podatak o poslodavcu☐ objava natječaja u biltenu HZZ-a☐ objava natječaja na web stranicama izvan HZZ-a**NAPOMENE:**

Potpis poslodavca:

doc.dr.sc. Mladen Mavar