



Vaša kontakt osoba u HZZ- u _____
Telefon: _____
E-mail: _____

POPUNJAVA HZZ

Registarski 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: *MEDICINSKA SESTRA / TEHNIČAR

Opis poslova: rad na bolničkim odjelima

Razina obrazovanja: *SSS

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 ☐ bez radnog is.

3. VRSTA ZAPOSLENJA***Neodređeno**

- ☐ upražnjeni poslovi
☐ novootvoreni poslovi

Određeno

- ☐ sezonski ☐ mjeseci
☒ zamjena ☐ mjeseci

- ☐ povećan opseg posla
☐ novootvoreni poslovi ☐ mjeseci
☐ pripravnik
☐ stručno osposobljavanje za rad
☐ ugovor o djelu

**MOGUĆNOST ZAPOSŁJAVANJA OSOBE S
INVALIDITETOM** (ukoliko udovoljava uvjetima
natječaja)

☐ DA ☐ NE

x na jednom mjestu

☐ terenski rad

Mogućnost odabira kandidata izvan mjesta rada DA/NE
S područja _____

SMJEŠTAJ

- ☒ nema smještaja
☐ grupni smještaj
☐ samački smještaj
☐ obiteljski stan

NAKNADA ZA PRIJEVOZ

- ☐ bez naknade
☐ djelomična naknada
☒ 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 27.07.-04.08.2021.

Broj traženih radnika* 2

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 podataka o poslodavcu
☐ objava natječaja u biltenu HZZ-a
☐ objava natječaja na web stranicama izvan HZZ-a

NAPOMENE:

*obavezno polje unosa

4. UVJETI RADNOG MJESTA

Potpis poslodavca: _____

doc.dr.sc. Mladen Mavar