



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: *OTOČKI 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: * PORTIR - TELEFONISTA

Opis poslova: rad na portiRazina obrazovanja: KV, 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

□□ mjeseci

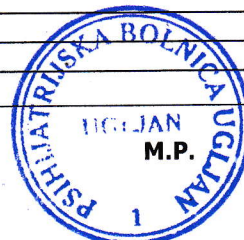
☐ povećan opseg posla☐ novootvoreni poslovi □□ mjeseci☐ pripravnik☐ stručno osposobljavanje za rad☐ ugovor o djelu**MOGUĆNOST ZAPOSŁJAVANJA OSOBE S INVALIDITETOM** (ukoliko udovoljava uvjetima natječaja)☐ DA ☐ NE**4. UVJETI RADNOG MJESTA****x na jednom mjestu**☐ terenski rad

Mogućnost 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**☐ prijedpodne ☐ poslijepodne ☐ dvokratno☐ noćni rad ☐ 2 smjene **x** 3 smjene☐ rad vikendom i praznikom☐ Mogućnost korištenja vlastitog vozila**5. UVJETI NATJEČAJA***Natječaj vrijedi* **od 28.09.-05.10.2021.**Broj traženih radnika* **1**Mjesto rada* **UGLJAN****KONTAK KANDIDATA S POSLODAVCIMA***☐ osobni dolazak _____ (naziv adrese)☐ telefonski _____ (broj telefona)**x pisana zamolba : PSIHIJATRIJSKA BOLNICA UGLJAN OTOČKI 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