



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: *MEDICINSKE SESTRE - TEHNIČARI

Opis poslova: *rad na odjelu

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

Odobrenje za samostalni rad

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☐ pripravnik☐ stručno osposobljavanje za rad☐ ugovor o djelu**MOGUĆNOST ZAPOSŁJAVANJA OSOBE S****INVALIDITETOM** (ukoliko udovoljava uvjetima

natječaja)

☐ DA ☐ NE**4. UVJETI RADNOG MJESTA**☒ na jednom mjestu☐ terenski radMogućnost 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***☒ 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 05.01.-12.01.2021.

Broj traženih radnika* 1

Mjesto rada* UGLJAN

KONTAK KANDIDATA S POSLODAVCIMA*☐ osobni dolazak _____ (naziv adrese)☐ telefonski _____ (broj telefona)☒ 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☒ osobni odabir poslodavca**6. USŁUGE HZZ-a KOJE ŹELITE**☒ objava natječaja na web stranici HZZ-a☒ s podacima o poslodavcu☐ bez podatak o poslodavcu☐ objava natječaja u biltenu HZZ-a☐ objava natječaja na web stranicama izvan HZZ-a**NAPOMENE:**

*obavezno polje unosa

M.P.
PSIHIJATRIJSKA BOLNICA
UGLJAN
Potpis poslodavca:
doc.dr.sc. Mladen Mavar