



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* VODITELJ FAKTURNOG ODJELA

Opis poslova: _____

Razina obrazovanja* **VŠS**

Obrazovni program: ekonomskog smjera

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

1 godina bez radnog iskustva

3. VRSTA ZAPOSLENJA*

Neodređeno

x 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

x na jednom mjestu terenski rad

Mogućnost odabira kandidata izvan mjesta rada DA/NE

S područja _____

SMJEŠTAJ

x nema smještaja bez naknade

grupni smještaj djelomična naknada

samački smještaj **x** cijela naknada

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 27.10.-03.11.2018.**

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. USŁUGE HZZ-a KOJE ŹELITE

x objava natječaja na web stranici HZZ-a

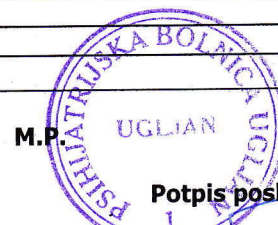
x s podacima o poslodavcu

bez podatak o poslodavcu

objava natječaja u biltenu HZZ-a

objava natječaja na web stranicama izvan HZZ-a

NAPOMENE:



M.P.

Potpis poslodavca:

doc.dr.sc. Mladen Mavar

*obavezno polje unosa