



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

x 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 **X 3 smjene**

□ rad vikendom i praznikom

□ Mogućnost korištenja vlastitog vozila

5. UVJETI NATJEČAJA*

Natječaj vrijedi* **od 30.08.-06.09.2021.**

Broj traženih radnika* **1**

Mjesto rada* **UGLJAN**

KONTAK KANDIDATA S POSLODAVCIMA*

□ osobni dolazak _____ (naziv adrese)

□ telefonski _____ (broj telefona)

**x pisana zamolba : PSIHIJATRIJSKA BOLNICA UGLJAN
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

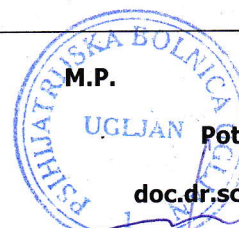
□ bez podatak o poslodavcu

□ objava natječaja u biltenu HZZ-a

□ objava natječaja na web stranicama izvan HZZ-a

NAPOMENE:

*obavezno polje unosa



Potpis poslodavca:

doc.dr.sc. Mladen Mavar