|  |  |
| --- | --- |
|  | **KOMISJA EUROPEJSKA** |

**Formularz zgłoszeniowy**

**NABÓR PRACOWNIKÓW ZATRUDNIONYCH NA CZAS OKREŚLONY**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr procedury naboru** | **COM/TA/HR/2023/PSYCHIATRIST/AD9/BRUSSELS** |

|  |
| --- |
| **FORMULARZ WNIOSKU NALEŻY WYPEŁNIĆ W CAŁOŚCI. W PRZECIWNYM WYPADKU ZGŁOSZENIE MOŻE ZOSTAĆ ODRZUCONE.**  **KANDYDAT MOŻE WYPEŁNIĆ FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY W JĘZYKU 1 WYBRANYM SPOŚRÓD 24 JĘZYKÓW URZĘDOWYCH UNII EUROPEJSKIEJ, Z WYJĄTKIEM PKT 10, KTÓRY NALEŻY WYPEŁNIĆ W JĘZYKU 2.**  **PROSZĘ PAMIĘTAĆ, ŻE CAŁY FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY KANDYDATA BĘDZIE OCENIANY PRZEZ KOMISJĘ SELEKCYJNĄ (PODCZAS PROCEDURY NABORU) ORAZ PRZEZ DZIAŁ KADR KOMISJI EUROPEJSKIEJ (DO CELÓW REKRUTACJI WYBRANYCH KANDYDATÓW), KTÓRYCH CZŁONKOWIE POSŁUGUJĄ SIĘ OGRANICZONĄ LICZBĄ JĘZYKÓW WEHIKULARNYCH.**  **W PRZYPADKU POMYŚLNEGO UKOŃCZENIA PROCEDURY NABORU I ZNALEZIENIA SIĘ NA LIŚCIE REKRUTACYJNEJ KANDYDAT ZOSTANIE POPROSZONY O DOSTARCZENIE SŁUŻBOM PROWADZĄCYM REKRUTACJĘ TŁUMACZENIA FORMULARZA ZGŁOSZENIOWEGO NA JĘZYK ANGIELSKI, JEŚLI FORMULARZ ZOSTAŁ WYPEŁNIONY W INNYM JĘZYKU.** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1**. | **Nazwisko** | **Nazwisko rodowe (jeśli dotyczy)** | **Imiona** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2.** | **Adres**  **(proszę jak najszybciej informować o wszelkich zmianach)** | **Adres e-mail** |  |
|  |  | **Telefon (praca)** |  |
|  | **Telefon (dom)** |  |
|  | **Tel. komórkowy** |  |
|  |  |  |  |
|  | **Imię i nazwisko oraz numer telefonu osoby, z którą należy się kontaktować w razie niedostępności kandydata** | |  |
|  |  | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3**. | **Miejsce i państwo urodzenia:** | **Data urodzenia**  **(dd/mm/rr)** | **Aktualne OBYWATELSTWO (w przypadku podwójnego proszę wskazać oba)** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.** | **Płeć** |  | **M** |  | **K** |  |  | **INNE** |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **5. Miejsce zatrudnienia: Bruksela (BE)**  **6. Znajomość języków** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [***Języki***](https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=090000168045bb62) | ***J1(\*):*** | | | | ***J2(\*):*** | | | | | ***J3(\*):*** | | | | | ***J4(\*):*** | | | | |
|  | **Czytanie** | **Pisanie** | **Rozumienie** | **Mówienie** | | **Czytanie** | **Pisanie** | **Rozumienie** | **Mówienie** | | **Czytanie** | **Pisanie** | **Rozumienie** | **Mówienie** | | **Czytanie** | **Pisanie** | **Rozumienie** | **Mówienie** |
| **C2** |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| **C1** |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| **B2** |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| **B1** |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| **A2** |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| **A1** |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |

*\** ***Proszę wskazać język***

|  |  |
| --- | --- |
| **Inne języki:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **7.** | **Wykształcenie wyższe** |
|  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa i adres placówki**  **(miejscowość, państwo)** | **Uzyskany certyfikat lub dyplom** | **Data uzyskania dyplomu**  **(dzień, miesiąc, rok)** | **Pełny cykl studiów: tak/nie** | **Normalny czas trwania pełnego cyklu** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*W razie potrzeby dodać kolejne wiersze.*

|  |
| --- |
| **8. Szkolenia ogólne i specjalistyczne oraz doskonalenie zawodowe** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa i adres placówki**  **(miejscowość, państwo)** | **Uzyskany certyfikat lub dyplom** | **Data uzyskania dyplomu**  **(dzień, miesiąc, rok)** | **Pełny cykl studiów: tak/nie** | **Normalny czas trwania pełnego cyklu** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*W razie potrzeby dodać kolejne wiersze.*

|  |
| --- |
| **9. Doświadczenie zawodowe**  **9.1 Czy ma Pan/Pani co najmniej dziesięcioletnie doświadczenie zawodowe (zdobyte po uzyskaniu dyplomu ukończenia studiów lekarskich)? Proszę wskazać w kolejności chronologicznej, począwszy od obecnie zajmowanego stanowiska, wszystkie zajmowane stanowiska i wykonywane zadania.** |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Stanowisko** | **Nazwa i adres pracodawcy** | **Wymiar czasu pracy[[1]](#footnote-1)** | **Od dnia**  **(dzień, miesiąc, rok)** | **Do dnia**  **(dzień, miesiąc, rok)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*W razie potrzeby dodać kolejne wiersze.*

**10. Kryteria wstępnego etapu naboru**

**Proszę opisać swoje doświadczenie zawodowe oraz wskazać, w jaki sposób jest ono powiązane z poniższymi kryteriami wstępnego etapu naboru określonymi w sekcji 5.2 zaproszenia do wyrażenia zainteresowania.**

10.1. Czy ma Pan/Pani co najmniej pięcioletnie doświadczenie zawodowe (zdobyte po uzyskaniu dyplomu specjalizacji lekarskiej) w zakresie psychiatrii?

Nie

Tak

Jeśli tak, proszę wskazać:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Charakter i opis zadań** | **Nazwa pracodawcy** | **Wymiar czasu pracy** | **Od dnia**  **(dzień, miesiąc, rok)** | **Do dnia**  **(dzień, miesiąc, rok)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*W razie potrzeby dodać kolejne wiersze.*

10.2. Czy ma Pan/Pani co najmniej trzyletnie doświadczenie zawodowe w środowisku międzynarodowym/wielokulturowym w jednej z następujących dziedzin: medycyna pracy, medycyna ogólna, medycyna chorób wewnętrznych, medycyna ratunkowa, medycyna tropikalna, choroby zakaźne, resuscytacja i intensywna terapia, medyczna kontrola nieobecności z powodu choroby, zdrowie publiczne, psychiatria, badania specjalistyczne i medycyna ubezpieczeniowa?

Nie

Tak

Jeśli tak, proszę wskazać:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Charakter i opis zadań** | **Nazwa pracodawcy** | **Wymiar czasu pracy** | **Od dnia**  **(dzień, miesiąc, rok)** | **Do dnia**  **(dzień, miesiąc, rok)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*W razie potrzeby dodać kolejne wiersze.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **11**. | **Czy jest Pan/Pani osobą z niepełnosprawnością fizyczną i potrzebuje specjalnych dostosowań podczas testów?** | |
|  | **Tak** | **Nie** |
|  | **Jeśli tak, proszę podać szczegóły i wskazać, jakiego rodzaju specjalne dostosowania mogą być konieczne**. | |

**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisany(-a), oświadczam, że:

a) posiadam obywatelstwo jednego z państw członkowskich Unii Europejskiej,

b) korzystam z pełni praw obywatelskich,

c) mam uregulowany stosunek do służby wojskowej,

d) mam odpowiednie cechy charakteru niezbędne do wykonywania przyszłych obowiązków,

e) informacje podane powyżej oraz w załącznikach są prawdziwe i kompletne.

Wiem, że oczekuje się ode mnie przedstawienia dokumentów potwierdzających informacje podane w zgłoszeniu.

Wiem, że złożenie nieprawdziwego oświadczenia może spowodować unieważnienie mojego zgłoszenia lub, w zależności od przypadku, prowadzić do unieważnienia umowy na mocy art. 50 warunków zatrudnienia innych pracowników Unii Europejskiej[[2]](#footnote-2).

(Data) (Imię i nazwisko, podpis)

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NALEŻY PODPISAĆ I ZAPISAĆ W FORMACIE PDF, A NASTĘPNIE DOŁĄCZYĆ DO SWOJEGO ZGŁOSZENIA.

1. Np. praca na pełen etat, praca w niepełnym wymiarze czasu pracy itp. [↑](#footnote-ref-1)
2. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:01962R0031-20200101&qid=1579010653487&from=EN>

   [↑](#footnote-ref-2)