|  |  |
| --- | --- |
|  | **EUROPEISKA KOMMISSIONEN** |

**Ansökningsformulär**

**URVALSFÖRFARANDE FÖR TILLFÄLLIGT ANSTÄLLDA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Urvalsförfarande nr** | **COM/TA/HR/2023/PSYKIATRIKER/AD9/BRYSSEL** |

|  |
| --- |
| **FYLL I HELA ANSÖKNINGSFORMULÄRET. OM NÅGON INFORMATION SAKNAS KAN DET LEDA TILL ATT ANSÖKAN AVSLÅS.**  **DU KAN FYLLA I ANSÖKNINGSFORMULÄRET PÅ DITT SPRÅK 1, SOM DU HAR VALT BLAND 24 OFFICIELLA EU-SPRÅKEN, FÖRUTOM PUNKT 10, SOM DU MÅSTE FYLLA I PÅ SPRÅK 2.**  **OBSERVERA ATT DIN ANSÖKAN KOMMER ATT LÄSAS AV UTTAGNINGSKOMMITTÉN (UNDER URVALSFÖRFARANDET) OCH EU-KOMMISSIONENS PERSONALAVDELNING (VID EVENTUELL ANSTÄLLNING) SOM ARBETAR PÅ ETT BEGRÄNSAT ANTAL SPRÅK.**  **OM DITT NAMN FÖRS UPP PÅ LISTAN ÖVER LÄMPLIGA SÖKANDE KOMMER DE REKRYTERANDE AVDELNINGARNA DÄRFÖR ATT BE DIG LÄMNA EN ÖVERSÄTTNING AV ANSÖKAN PÅ ENGELSKA OM DU HAR FYLLT I FORMULÄRET PÅ ETT ANNAT SPRÅK.** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1**. | **Efternamn** | **Namn som ogift (i förekommande fall)** | **Alla förnamn** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2.** | **Adress**  **(informera oss om eventuella ändringar så snart som möjligt)** | **E-post** |  |
|  |  | **Tfn arbete** |  |
|  |  | **Tfn hem** |  |
|  |  | **Mobil** |  |
|  |  |  |  |
|  | **Namn och telefonnummer för en kontaktperson om du inte kan nås** | |  |
|  |  | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3**. | **Födelseort och födelseland** | **Födelsedatum**  **(dd/mm/åå)** | **Nuvarande MEDBORGARSKAP (om dubbelt, ange båda)** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.** | **Kön** |  | **M** |  | **K** |  |  | **ANNAT** |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **5. Tjänstgöringsort: Bryssel (BE)**  **6. Språkkunskaper** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [***Språk***](https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=090000168045bb68) | ***L1(\*):*** | | | | ***L2(\*):*** | | | | | ***L3(\*):*** | | | | | ***L4(\*):*** | | | | |
|  | **Läsa** | **Skriva** | **Förstå** | **Tala** | | **Läsa** | **Skriva** | **Förstå** | **Tala** | | **Läsa** | **Skriva** | **Förstå** | **Tala** | | **Läsa** | **Skriva** | **Förstå** | **Tala** |
| **C2** |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| **C1** |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| **B2** |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| **B1** |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| **A2** |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| **A1** |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |

*\** ***Ange språk***

|  |  |
| --- | --- |
| **Andra språk:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **7.** | **Universitets- och högskoleutbildning** |
|  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lärosätets namn och plats**  **(ort, land)** | **Slutbetyg eller examen** | **Datum för examen**  **(dag/månad/år)** | **Fullständig utbildningscykel ja/nej** | **Normal längd för hela cykeln** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*Lägg till ytterligare rader om det behövs.*

|  |
| --- |
| **8. Allmän och specialiserad utbildning och vidareutbildning** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lärosätets namn och plats**  **(ort, land)** | **Slutbetyg eller examen** | **Datum för examen**  **(dag/månad/år)** | **Fullständig utbildningscykel ja/nej** | **Normal längd för hela cykeln** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Lägg till ytterligare rader om det behövs.

|  |
| --- |
| **9. Arbetslivserfarenhet**  **9.1 Har du minst tio års yrkeserfarenhet (efter din läkarexamen)? Med början från din nuvarande tjänst, ange i kronologisk ordning alla tjänster du haft och de uppgifter du utförde.** |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Befattning** | **Arbetsgivarens namn och adress** | **Omfattning[[1]](#footnote-1)** | **Från**  **(dag/månad/år)** | **Till**  **(dag/månad/år)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*Lägg till ytterligare rader om det behövs.*

**10. Kriterier för det preliminära urvalet**

**Beskriv din yrkeserfarenhet och hur den förhåller sig till följande kriterier för det preliminära urval som anges i avsnitt 5.2 i inbjudan att lämna intresseanmälan.**

10.1. Har du minst fem års yrkeserfarenhet (efter din specialistutbildning) inom psykiatri?

Nej

Ja

Om ja, ange följande:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Typ och beskrivning av uppgifter** | **Arbetsgivare** | **Omfattning** | **Från**  **(dag/månad/år)** | **Till**  **(dag/månad/år)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*Lägg till ytterligare rader om det behövs.*

10.2. Har du minst tre års yrkeserfarenhet i en internationell/mångkulturell miljö inom ett av följande områden: arbetsmedicin, allmänmedicin, internmedicin, akutsjukvård, tropikmedicin, infektionsmedicin, hjärt-lungräddning och intensivvård, medicinsk kontroll vid frånvaro på grund av sjukdom, folkhälsa, psykiatri, medicinsk expertis och försäkringsmedicin?

Nej

Ja

Om ja, ange följande:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Typ och beskrivning av uppgifter** | **Arbetsgivare** | **Omfattning** | **Från**  **(dag/månad/år)** | **Till**  **(dag/månad/år)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*Lägg till ytterligare rader om det behövs.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **11**. | **Har du någon fysisk funktionsnedsättning som kräver särskilda arrangemang vid proven?** | |
|  | **Ja** | **Nej** |
|  | **Om ja, lämna närmare information och ange vilken typ av särskilda arrangemang du anser nödvändiga**. | |

**FÖRSÄKRAN**

Undertecknad försäkrar att

a) jag är medborgare i en av Europeiska unionens medlemsstater,

b) jag har fulla medborgerliga rättigheter,

c) jag har fullgjort alla skyldigheter enligt gällande värnpliktslagstiftning,

d) jag uppfyller de skötsamhetskrav som ställs för tjänsteutövningen,

e) uppgifterna ovan och i bilagorna är sanningsenliga och fullständiga.

Jag är medveten om att jag förväntas lägga fram styrkande handlingar som bekräftar uppgifterna i ansökan.

Jag är medveten om att eventuella felaktiga uppgifter kan leda till att min ansökan ogiltigförklaras och/eller, i tillämpliga fall, att mitt kontrakt sägs upp, i enlighet med artikel 50 i anställningsvillkoren för övriga anställda i Europeiska unionen.[[2]](#footnote-2)

(Datum) (Namn och underskrift)

SKRIV UNDER DOKUMENTET OCH SPARA DET I PDF-FORMAT INNAN DET BIFOGAS DEN FULLSTÄNDIGA ANSÖKAN.

1. T.ex. heltid, deltid osv. [↑](#footnote-ref-1)
2. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SV/TXT/PDF/?uri=CELEX:01962R0031-20200101&qid=1579010653487&from=EN>

   [↑](#footnote-ref-2)