|  |
| --- |
| Einstellungsantrag Göttingen, den 22.03.2023 |

|  |
| --- |
| **Folgende Person soll eingestellt werden:** |
| Einrichtung:  **Name d. einzustellenden Person:**  Geburtsdatum:  Wohnungsanschrift (Str., PLZ, Ort):  Matrikelnummer Universität Göttingen:  beschäftigt als:  **Einstellung zum**:        nächstmöglichen Zeitpunkt  Entgeltgruppe TV-L/TV-Ärzte:  Befristung:  unbefristet  befristet bis  für die Dauer  Beschäftigung:  vollzeitbeschäftigt  teilzeitbeschäftigt mit       Stunden/Woche  Arbeitszeitplanregel:       (**sofern bekannt)**  Beschäftigung erfolgt in der 5-Tage Woche  Beschäftigung erfolgt abweichend von der 5 Tage Woche an folgenden Tagen:  Mo  Di  Mi  Do  Fr  Sa So  Teilnahme am Bereitschaftsdienst:  nein  Bei späteren Abweichungen ist der G3-21 zu informieren!  ja, ab  Weitere Angaben zur Beschäftigung:   * Die Beschäftigung erfolgt im Bereich Krankenversorgung **und** Forschung oder Lehre.  ja  nein * Die Beschäftigung umfasst kinder- und jugendnahe Tätigkeiten (erweitertes Führungszeugnis notwendig).  ja  nein * Die/Der Beschäftigte ist auf seinem Arbeitsplatz beruflich strahlenexponiert / dosimetriepflichtig.  ja  nein   Finanzierung:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Kostenstelle** | **Nur bei Drittmitteln: Projektkürzel** | **Anteil**  wöchentl. Arbeitszeit / VK | **Finanzierung von … bis …** | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |

|  |
| --- |
| **Anlagen:** |
| Von dem Bewerber / der Bewerberin benötigte Personalunterlagen:  **Bitte die bereits vorhandenen Unterlagen beifügen. Die übrigen Unterlagen werden von der Personalabteilung beim Bewerber/der Bewerberin angefordert.**  - **Bewerbungsunterlagen (bitte unbedingt beifügen)**  - Geburtsurkunde und ggf. Urkunde über Namensänderung  - Zeugnisse über die berufliche Aus-/Fortbildung  - Arbeitszeugnisse / Nachweise über frühere Arbeitsverhältnisse  - Nur bei ausländischen Bewerbern: Arbeitserlaubnis / Aufenthaltserlaubnis  - Nur bei Studenten: Immatrikulationsbescheinigung  - Mitgliedsbescheinigung der Krankenkasse  - Ärztliche Bescheinigung zum Nachweis des Impfschutzes gegen Masern |

|  |
| --- |
| **Hinweise:** |
| 1. **Einstellungsanträge sollten spätestens 4 Wochen vor dem beabsichtigten Einstellungstermin in der Personalabteilung vorliegen.** 2. **Neu Einzustellende dürfen ihren Dienst erst aufnehmen,** wenn alle zu Beteiligenden zugestimmt haben und die / der zuständige Personalsachbearbeiter/in dies   festgestellt hat. Es wird gebeten, sich hierüber im Einzelfall ggf. telefonisch bei der / dem Personalsachbearbeiter/in zu informieren.   1. **Abgabe von Willenserklärungen in arbeitsrechtlichen Angelegenheiten**   Die Leiter der Einrichtungen der Universitätsmedizin und sonstigen Fachvorgesetzten sind nicht berechtigt, für die Stiftung als Arbeitgeberin in arbeitsrechtlichen Angelegenheiten verbindliche Willenserklärungen abzugeben. Hierzu gehören insbesondere Zusagen hinsichtlich der Einstellung, Einstufung und einer bestimmten Vergütung. |

|  |
| --- |
| **Unterschrift:** |
| **Tel. für Rückfragen:**       **Ansprechpartner:**       Ergänzende Informationen auf  gesondertem Blatt  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Unterschrift der Leiterin / des Leiters der Einrichtung** |

**Befristungsbogen**

|  |  |
| --- | --- |
| Einrichtung: | Tel. für Rückfragen: |
| Vor- und Zuname d. einzustellenden Person: | Beschäftigt als: |

Der Arbeitsvertrag soll aus folgendem Grund befristet werden (bitte ankreuzen):

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | **Angaben ausschließlich für wissenschaftliches Personal** |
| **1.1** | **zur Promotion \*)**  Vorbereitung/Beginn  Durchführung  Abschluss  **Zeitraum (Angaben gem. Promotionsvereinbarung):**  vom       bis voraussichtlich |
| **1.2** | **zur Habilitation \*)**  Die Beschäftigung gibt zugleich Gelegenheit zur Vorbereitung einer Habilitation  vom       bis voraussichtlich  Beginn der Habilitation**:** |
| **1.3** | **sonstiges angestrebtes wissenschaftliches Qualifikationsziel bzw. wissenschaftliche Qualifizierungsmaßnahme\*)**  Bezeichnung/Beschreibung:  Erreichen des Qualifizierungsziels bzw. Abschluss der Qualifizierungsmaßnahme  voraussichtlich bis:  Begründung der Angemessenheit des Zeitraums der befristeten Beschäftigung im Hinblick auf das Erreichen der angestrebten Qualifizierung: |
|  | **\*) Erläuterungen zu 1.1 bis 1.3:**  **Die Befristungsdauer ist nach dem Wissenschaftszeitvertragsgesetz so zu bemessen, dass sie der angestrebten Qualifizierung angemessen ist. Bei Abweichung der Befristungsdauer von der im Regelfall erforderlichen Dauer bitte um Angabe von Gründen.** |
| **1.4** | **Mitarbeit in einem drittmittelfinanzierten Forschungsprojekt**  Bezeichnung des Forschungsvorhabens:  Projektbewilligung bis  Nach den derzeitig vorliegenden Erkenntnissen ist damit zu rechnen, dass die der/dem Mitarbeiterin/Mitarbeiter im Rahmen des vorstehend bezeichneten Forschungsvorhabens speziell übertragene (Teil-)Aufgabe bis zum       abgeschlossen sein wird.  **Hinweis: Die vereinbarte Befristungsdauer soll bei Drittmittelprojekten dem bewilligten Projektzeitraum entsprechen. Bei Zurückbleiben der Befristungsdauer hinter der Laufzeit der Projektbewilligung bitte um Angabe von Gründen:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2.** | **Weitere Befristungsgründe (gilt für alle Beschäftigtengruppen)** | |
| **2.1** |  | **Vertretung**  Welche Mitarbeiterin oder welcher Mitarbeiter soll vertreten werden? |
| **2.2** |  | **Zum Zwecke der Mitarbeit an einem zeitlich begrenzten Projekt oder sonstiger vorübergehender Bedarf**  Bezeichnung der Aufgabe:    Nach den derzeitig vorliegenden Erkenntnissen ist damit zu rechnen, dass die der/dem Mitarbeiter\*in im Rahmen des vorstehend bezeichneten Projektes speziell übertragene Aufgabe  bis zum  abgeschlossen sein wird und der Bedarf an der zusätzlichen Arbeitskraft danach wegfällt. Es kann hierbei nicht auf die Dauer der Finanzierung abgestellt werden. |
| **2.3** |  | **Erstmalige Beschäftigung an der UMG/UNI (Befristung für max. 2 Jahre möglich)** |
| **2.4** |  | **Aus folgendem anderweitigen Grund:** |

**Auswahlbegründung – Teil 1: Gleichstellungsbeauftragte und Schwerbehindertenvertretung**

|  |  |
| --- | --- |
| Einrichtung: | Tel. für Rückfragen: |
| Vor- und Zuname d. einzustellenden Person: | Beschäftigt als: |

|  |
| --- |
| Angaben zur Ausschreibung |
| Stelle wurde ausgeschrieben  nein, weil:  ja, und zwar  intern, am       Medium:  extern, am       Medium:  international, am       Medium: |
| Anfrage beim Arbeitsamt Göttingen |
| **Nur bei Ausschreibungen, die nicht auf interne Bewerber\*innen beschränkt sind und die nicht über ElStel erfolgten, ist die Anfrage beim Arbeitsamt Göttingen durch die Einrichtung selbst durchzuführen:**  Die Arbeitsagentur Göttingen (Tel. 520-330, Fax. 520-243, Email: [goettingen.reha-arbeitgeber@arbeitsagentur.de](mailto:goettingen.reha-arbeitgeber@arbeitsagentur.de)) wurde über die zu besetzende Stelle informiert am      . |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Bewerbungen | | | |
| insgesamt |  | Anzahl      intern     extern | **schwerbehindert / gleichgestellt** |
| Frauen |  | intern     extern |
| Männer |  |
| Divers |  |
| Vorstellungsgespräche | | | |
| insgesamt |  | Anzahl      intern     extern | **schwerbehindert / gleichgestellt** |
| Frauen |  | intern     extern |
| Männer |  |
| Divers |  |
| Auswahlbegründung | | | |
| Die/Der o.g. Bewerber/in wurde ausgewählt, weil: *(Bitte kurze Darstellung, warum die/der ausgewählte Bewerber/in dem ausgeschriebenen Stellenprofil am besten gerecht wird)* | | | |
| Folgende **interne** Bewerber konnten aufgrund geringerer bzw. fehlender fachlicher Eignung **nicht** berücksichtigt werden:  Name:  Name:  Name:  Name:  Name: | | | |

|  |
| --- |
| Der **Frauenanteil** in der Abteilung beträgt in dieser Statusgruppe rund       % (Stand Tag der Antragstellung) |
| Weitere Informationen/**Besonderheiten** der Stelle (optional): |

|  |
| --- |
| Unterschriftenlauf |
| Bitte die Unterschriften **vor Abgabe** des gesamten Antrages an die Personalabteilung **einholen**.  **Einstellungsantrag, Befristungsbogen** und die **Auswahlbegründung Teil** 1 an die Gleichstellungsbeauftragte senden:  Anja Lipschik  Mail: [gleichstellungsbuero@med.uni-goettingen.de](mailto:gleichstellungsbuero@med.uni-goettingen.de)  Telefon: 39-69785  Fax: 39-130-69785  **Auswahlbegründung Teil 1 und Teil 2** an die Schwerbehindertenvertretung senden:  Knut Heise  Mail: [schwerbehindertenvertretung@med.uni-goettingen.de](mailto:schwerbehindertenvertretung@med.uni-goettingen.de)  Telefon: 39-65954  Fax: 39-130-65954 |

|  |
| --- |
| Die Rücksendung der unterzeichneten Auswahlbegründung Teil 1 soll erfolgen an:  Mail:  Fax: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Unterschriften:** | |
| **GStB** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Unterschrift der Gleichstellungsbeauftragten nach § 42 (3) NHG** |
| **SBV** | ► Der Schwerbehindertenvertretung sind geeignete Bewerber/innen bekannt  ja  nein  ► Gegen die Einstellung von Frau / Herrn /  bestehen  keine Einwände  folgende Einwände:    **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Unterschrift der Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen**  **nach § 164 ff. SGB IX** |

**Auswahlbegründung – Teil 2: ausschließlich z. Hd. der Schwerbehindertenvertretung**

|  |  |
| --- | --- |
| Einrichtung: | Tel. für Rückfragen: |
| Vor- und Zuname d. einzustellenden Person: | Beschäftigt als: |

|  |  |
| --- | --- |
| Folgende schwerbehinderte bzw. gleichgestellte Bewerberinnen oder Bewerber wurden **nicht** zum Vorstellungsgespräch eingeladen | |
| Name:  Name:  Name:  Name:  Name:  Name: | Begründung:  Begründung:  Begründung:  Begründung:  Begründung:  Begründung: |

|  |  |
| --- | --- |
| Folgende schwerbehinderte bzw. gleichgestellte Bewerberinnen bzw. Bewerber konnten bei der Auswahl **nicht** berücksichtigt werden (bitte nachvollziehbare Begründung angeben) | |
| Name:  Name:  Name:  Name:  Name:  Name: | Begründung:  Begründung:  Begründung:  Begründung:  Begründung:  Begründung: |

**Tätigkeitsdarstellung vom 22.03.2023**

**Für Oberärztin/Oberarzt bitte stattdessen das Formular** [**Zusätzliche Angaben Oberärztin/Oberarzt**](https://www.umg.eu/fileadmin/Redaktion/Dachportal/006_Ueber_uns/id143_Vorstand/id798_Geschaeftsbereiche/id800_G3-2_Personal/id1131_Personalinfos_A-Z/Zusaetzliche_Angaben_Oberaerzte.doc) **ausfüllen und dem Antrag beifügen. Das Formular finden Sie auch auf der UMG-Homepage unter Personal A-Z 🡪 Einstellung.**

|  |  |
| --- | --- |
| Einrichtung: | Tel. für Rückfragen: |
| Vor- und Zuname d. einzustellenden Person: | Beschäftigt als: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Aufgabenbezeichnung (Kurzbezeichnung) | | | |
| **Organisatorische Eingliederung und Befugnisse der Arbeitsplatzinhaberin/ des Arbeitsplatzinhabers** | | | |
| **1.** | | Der Arbeitsplatzinhaberin / dem Arbeitsplatzinhaber sind die folgenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ständig unmittelbar unterstellt | |
| **2.** | | Die Arbeitsplatzinhaberin / der Arbeitsplatzinhaber ist unmittelbar unterstellt | |
| **3.** | | Die Arbeitsplatzinhaberin / der Arbeitsplatzinhaber vertritt | |
| **4.** | | Die Arbeitsplatzinhaberin / der Arbeitsplatzinhaber wird vertreten durch | |
| **5.** | | Die Arbeitsplatzinhaberin / der Arbeitsplatzinhaber hat folgende Befugnisse: | |
| **Beschreibung der Tätigkeiten, die eine Bildung von Arbeitsvorgängen und deren tarifliche Bewertung ermöglicht** | | | |
| Einzeltätigkeit | | | Anteil in %  an der gesamten  Arbeitszeit |
| 1. |  | |  |
| 2. |  | |  |
| 3. |  | |  |
| 4. |  | |  |
| 5. |  | |  |
| 6. |  | |  |
| 7. |  | |  |
| 8. |  | |  |
| 9. |  | |  |
| 10. |  | |  |
| **Erforderliche Qualifikation für den Arbeitsplatz (nicht die individuelle Qualifikation)** | | | |
| z.B. Berufsausbildung, Hochschulausbildung, Fachprüfungen, etc. | | | |
| Sonstige erforderliche Fachkenntnisse, Fähigkeiten und Erfahrungen | | | |

**Durchführung von personal-/betriebsärztlichen Untersuchungen**

|  |  |
| --- | --- |
| Einrichtung: | Tel. für Rückfragen: |
| Vor- und Zuname d. einzustellenden Person: | Geburtsdatum: |
| Beschäftigt als: | Beschäftigungsbeginn: |

Der Betriebsärztliche Dienst wird beauftragt, folgende Untersuchungen/Vorsorgen durchzuführen:

**Eignungsuntersuchung**

**Tätigkeiten mit direktem Patientenkontakt** (alle Berufsgruppen inkl. Reinigungspersonal, Personal in Ebenenbüros, Wachpersonal, Stationsapotheker) zum Schutz der Patienten/innen vor Infektionen durch Personal

**Tätigkeiten mit direktem Patientenkontakt** **in der Gynäkologie und Geburtshilfe und/oder in der Kinderklinik** (alle Berufsgruppen inkl. Reinigungspersonal, Personal in Ebenenbüros, Wachpersonal, Stationsapotheker) zum Schutz der Patienten/innen vor Infektionen durch Personal

**Ärztinnen/Ärzten, die in „Chirurgischen Kliniken“ operativ tätig sind oder sein werden, studentische Hilfskräfte, die zur OP‑Assistenz in einer „Chirurgischen Klinik“ eingestellt werden** sowie alle **Zahnärzte/innen** zum Schutz der Patienten/innen vor Infektionen durch Personal

**Führen von Kraftfahrzeugen** (einschließlich Gabelstapler, Kräne oder landwirtschaftliche Fahrzeuge)

Fahrzeug/e bitte angeben:        Personentransport

**Arbeitsmedizinische Vorsorge**

**Infektionsgefährdung**

z. B. für Beschäftigte, die direkten Patientenkontakt oder Kontakt zu infektiösem Material oder Abfall haben.   
Dazu können auch Labormitarbeiter/innen, Betriebstechniker, Kita-, Reinigungs-, Küchen- und Wäschereimitarbeiter/innen gehören.

**Hautbelastende Tätigkeiten**

z. B. für Beschäftigte, die häufig Hände waschen oder desinfizieren, länger (≥ 2 Std./Tag) Handschuhe tragen oder Feuchtarbeiten bzw. stark schmutzende Tätigkeiten ausführen

**Umgang mit Gefahrstoffen**

z. B. bei Überschreitungen der Arbeitsplatzgrenzwerte  
Gefahrstoffe bitte auflisten:

**Strahlenschutzverordnung** Kat. A Personen\*

**\*** Auskunft darüber, an welchen Arbeitsplätzen eine Überwachung nach Kategorie A erfolgen muss, erteilt der Strahlenschutzbeauftragte des entsprechenden Bereichs.

**Für die ärztliche Beurteilung ist die Vorlage des** [**Strahlenschutzexpositionsformulars**](https://www.umg.eu/fileadmin/user_upload/Angaben_zur_Strahlenexposition.pdf) **mit den Angaben des zuständigen Strahlenschutzbeauftragten erforderlich.**

**Bitte dem Antrag beifügen. Das Strahlenexpositionsformular finden Sie auch auf der UMG-Homepage unter Personal A-Z 🡪 Einstellung.**

**Aufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Belastungen** ggf. schon bei der Einstellung, wenn ein späterer Auslandsaufenthalt, z. B. in den Tropen, geplant ist

Reiseland bitte benennen:

**Führen von Kraftfahrzeugen**

z. B. für Beschäftigte, die Kraftfahrzeuge, Gabelstapler oder landwirtschaftliche Fahrzeuge bedienen oder Personen transportieren Fahrzeug/e bitte auflisten:

**Lärmbelastung**

für Beschäftigte, die in Arbeitsbereichen tätig sind, in denen der Tageslärmexpositionspegel Lex,8h = 80 dB(A) überschritten ist

**Belastung der Atemwege**

für Beschäftigte, die am Arbeitsplatz gegenüber Allergenen (z. B. Tierhaaren), chemisch-irritativen, allergenen oder toxischen Gefahrstoffen exponiert sind, die auf die Atemwege einwirken

Gefahrstoffe bitte auflisten:

Weitere Informationen:

Stabsstelle Betriebsärztlicher Dienst

Robert-Koch-Straße 40

37075 Göttingen

Telefon: 0551/39-60120

Fax 39-60140

Telelift 194

**Tragen von Atemschutzgeräten**

Atemschutzgerät/e bitte benennen:

**Bildschirmarbeitsplatz**

z. B. für Beschäftigte, die täglich bei einem nicht unwesentlichen Teil

ihrer normalen Arbeit ein Bildschirmgerät benutzen

**Sonstige Untersuchung** wegen folgender Gefährdung

Bitte näher erläutern:

**Ergänzung der Personalabteilung:**

Sachbearbeiter/in:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Az: G3-21\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Die Tätigkeitsdarstellung mit Gefährdungsbeurteilung liegt bei.

Bitte von Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt ausfüllen lassen

und an die Personalabteilung senden:

Universitätsmedizin Göttingen

Sachgebiet Personalabteilung

G3-21\_\_

37099 Göttingen

!

Nur erforderlich bei Personen, die ab dem 01.01.1971 geboren sind

**Ärztliche Bescheinigung**

Nachweis gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: |
| bei Minderjährigen: Name der Erziehungsberechtigten  1.  2. | |
| Adresse: | |

**Für die o.g. Person wird bescheinigt, dass folgender, altersentsprechender, den Anforderungen gemäß § 20 Absatz 9 IfSG genügender Masernschutz vorliegt:**

2 Masernschutzimpfungen (für Personen nach vollendetem 2. Lebensjahr)

Eine Immunität gegen Masern (serologischer Labornachweis) liegt vor.

**Befreiung von einer Masern-Impfung:**

Es liegt eine dauerhafte, medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer nicht gegen Masern geimpft werden kann.

……………………………………………………..

Ort, Datum, Unterschrift Stempel