**Број \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Датум \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ година**

**ОБРАСЦИ ЗА СПРОВЕДУВАЊЕ НА ПОСТАПКА ЗА**

**ЗА ПРЕЗЕМАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕН РАБОТНИК СО ВИСОКО ОБРАЗОВАНИЕ ОД ОБЛАСТА НА МЕДИЦИНАТА, СТОМАТОЛОГИЈАТА И ФАРМАЦИЈАТА**

Скопје

**До Министерство за здравство - Скопје**

**ОБРАЗЕЦ 1 - ПРИЈАВЕН ЛИСТ**

**за преземање на здравствен работник**

|  |  |
| --- | --- |
| **Име и презиме** |  |
| **Телефон** |  |
| **Електронска адреса** |  |
| **Писмо за мотивација** |  **да/не** |
| **Кратка биографија** |  **да/не** |
| **Уверение за положени испити од прв циклус студии, односно од додипломски студии** **и уверение за положен специјалистички/супспецијалистички испит за кандидатите со специјализација/супспецијализација** | **да/не** |
| **Диплома за завршени прв циклус студии** | **да/не** |
| **Лиценца за работа**  | **да/не** |
| **Сертификат/уверение за активно познавањена еден од трите најчесто користени јазици на Европската Унија (англиски, француски, германски) кое се докажува со уверение или сертификат издаден од Филолошкиот факултет „Блаже Конески” во Скопје при Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје, според Европската јазична рамка на Сoветот на Европа или меѓународен сертификат издаден од официјален европски тестатор само за кандидатите кои се преземаат на терциерно ниво** | **да/не** |
| **Потврда од Агенција за вработување дека кандидатот е вработен** | **да/не** |
| **Потврда од Фондот за ПИОМ за работен стажот од најмалку 5 години работно искуство во струката, освен за кандидатите кои имаат завршено специјализација или супспецијализација,** | **да/не** |
| **Здравствените работници кои своето високо образование, додипломски студии (прв циклус) и/или специјализација односно супспецијализација ги завршиле во странство, доставуваат нострифицирани документи, со кои се докажува исполнетоста на условите, како и еквиваленција на оценките, доколку системот на оценување е различен од Република Северна Македонија.** | **да/не** |
| **Државјанин на Република Северна Македонија** | **да/не** |
| **Да е полнолетен** | **да/не** |
| **Лекарско уверение за општа здравствена способност** | **да/не** |
| **Документ дека не е изречена правосилна одлука за забрана на вршење професија, дејност или должност,**  | **да/не** |

***Напомена: Во прилог ја поднесувам потребната документација согласно Упатството, со која ја докажувам исполнетоста на условите.***

***На Пријавниот лист кадидатот задолжитено да се потпише со полно име и презиме и потпис***.

**Име и презиме**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Скопје, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ година.**

**Потпис \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Drejtuar Ministrisë së shëndetësisë – Shkup**

**FORMULARI 1 - FLETA E APLIKIMIT**

**Për transfer të punonjësit shëndetësor**

|  |  |
| --- | --- |
| **Emër dhe mbiemër** |  |
| **Telefon** |  |
| **Adresa elektronike** |  |
| **Letër motivimi** | **po/jo** |
| **Biografi e shkurtër** | **po/jo** |
| **Vërtetim i provimeve të mbaruara nga cikli i parë i studimeve, pra nga studimet universitare, dhe vërtetim i provimit të dhënë specialistik /subspecialistik për kandidatët me specializim / subspecializim.** | **po/jo** |
| **Diplomë për studime të përfunduara të ciklit të parë**  | **po/jo** |
| **Licencë për punë**  | **po/jo** |
| **Certifikat/vërtetim për njohuri aktive një nga tre gjuhët më të përdorura të Bashkimit Evropian (anglisht, frëngjisht, gjermanisht), e cila vërtetohet me vërtetim ose certifikatë të lëshuar nga Fakulteti filologjik "Bllazhe Koneski" në Shkup në Universitetin "Shën. Kirili dhe Metodi" në Shkup, sipas Kornizës gjuhësore evropiane të Këshillit të Evropës ose një certifikate ndërkombëtare të lëshuar nga testues zyrtar evropian vetëm për kandidatët që merren në nivel terciar**  | **po/jo** |
| **Vërtetim nga Agjencioni për punësim se është i punësuar**  | **po/jo** |
| **Vërtetim nga Fondi i sigurimit pensional dhe invalidor të Maqedonisë për përvojën e punës së paku 5 vjet në profesion, me përjashtim të kandidatëve që kanë kryer specializimin ose subspecializimin,** | **po/jo** |
| **Punonjësit shëndetësorë që kanë kryer arsimin e lartë, studimet universitare (ciklin e parë) dhe/ose specializimin ose subspecializimin jashtë vendit, paraqesin dokumente të nostrifikuara , të cilat vërtetojnë plotësimin e kushteve, si dhe ekuivalencën e notave, nëse sistemi i vlerësimit është i ndryshëm nga Republika e Maqedonisë së Veriut.** | **po/jo** |
| **Shtetas i Republikës së Maqedonisë së Veriut,** | **po/jo** |
| **I moshës madhore** | **po/jo** |
| **Vërtetim mjekësor me aftësi të përgjithshme shëndetësore**  | **po/jo** |
| **Dokument se nuk është shqiptuar aktgjykim i plotfuqishëm për ndalesë të kryerjes së profesionit, veprimtarisë apo detyrës**  | **po/jo** |

***Vërejtje: Në bashkëngjitje po dorëzoj dokumentat e nevojshme sipas Udhëzimin me të cilat dëshmoj përmbushjen e kushteve***

***Në fletën e aplikimit kandidati detyrimisht të nënshkruhet me emër dhe mbiemër të plotë dhe nënshkrim***.

**Emri dhe mbiemri**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Shkup, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ viti.**

**Nënshkrim \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**До Министерство за здравство - Скопје**

**Предмет : Барање за преземање на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Во прилог на барањето, Јавната здравствена установа Ви доставува потпишана Спогодба за преземање на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, изјава за обезбедени финансиски средства и изјава за слободно работно место во систематизацијата на работни места на ЈЗУ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и табели ФЗОМ табели 1,2, 3 и 4.**

 **ДИРЕКТОР**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Drejtuar Ministrisë së shëndetësisë – Shkup**

**Lënda : Kërkesë për transfer të \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Në bashkëngjitje të kërkesës, Institucioni shëndetësor publik Ju dorëzon të nënshkruar**

**Marrëveshje për transfer të \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, deklaratë për sigurim të mjeteve financiare**

**dhe deklaratë për vënd të lirë pune në sistematizimin e vëndeve të punës në ISHP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dhe tabelat e FSSHM 1,2, 3 dhe 4.**

 **DREJTOR**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**И З Ј А В А**

**Со оваа изјава директорот \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на Јавна здравствена установа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, потврдува дека има обезбедено финансиски средства во установата за преземање на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .**

 **ДИРЕКТОР**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**D E K L A R A T Ë**

**Me këtë deklaratë drejtori \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ i Institucionit shëndetësor publik**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vërteton se ka siguruar mjete**

**financiare në institucionin për transfer të \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .**

 **DREJTOR**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**И З Ј А В А**

**Со оваа изјава директорот \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на Јавна здравствена установа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, потврдува дека има слободно работно место во систематизацијата на работни места во установата за преземање на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .**

 **ДИРЕКТОР**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**D E K L A R A T Ë**

**Me këtë deklaratë drejtori \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ i Institucionit shëndetësor publik \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vërteton se ka vënd të lirë të punës në**

**sistematizimin e vëndeve të punës në institucionin për transfer të \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .**

 **DREJTOR**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Врз основа на член 157 став 1 алинеја 4 и член 164 став 2 од Законот за здравствена заштита („Службен весник на Република Македонија” бр. 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14, 10/15, 61/15, 154/15, 192/15, 17/16, 37/16 и 20/19 и „Службен весник на Република Северна Македонија“ бр. 101/19, 153/19, 180/19, 275/19, 77/21, 122/21, 178/21, 150/22, 236/22, 199/23, 236/23, 263/23, 30/24, 74/24 и 170/24 ), здравствениот работник \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (во натамошниот текст: здравствениот работник), вработен во ПЗУ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и ЈЗУ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (во натамошниот текст:ЈЗУ), преставувана од директор, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ја склучија следната

**С П О Г О Д Б А**

**за преземање на работник**

**Член 1**

 Здравствениот работник \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ вработен во ПЗУ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, кој врши здравствена дејност како \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ се презема на работа во ЈЗУ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Член 2**

 Преземањето на здравствениот работник се врши на неопределено време сметано од \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ година.

**Член 3**

 Распоредувањето на преземениот здравствен работник на работно место во рамките на ЈЗУ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ќе се изврши со посебно решение, согласно актите, стручната подготовка и квалификацијата на здравствениот работник.

**Член 4**

 Со денот на преземањето, здравствениот работник сите права и обврски од работниот однос ќе ги остварува според актите на ЈЗУ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Член 5**

 Спогодбата влегува во сила откако ќе биде потпишана од здравствениот работник, ЈЗУ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Министерството за здравство и Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија.

**Член 6**

 Спогодбата е сочинета во 6 (шест) еднообразни примероци од кои по две за здравствениот работник и ЈЗУ ---------------------------------------------- и по една за Министерството за здравство и Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија .

|  |  |
| --- | --- |
|  **Здравствен работник****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |  **ЈЗУ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Д и р е к т о р,** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |  |
|  **Фонд за здравствено осигурување** **на Република Северна Македонија** **Д и р е к т о р,** | **М И Н И С Т Е Р,****Dr. Azir Aliu** |

**МИСЛЕЊЕ ОД ЈАВНА ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА**

Здравствениот работник \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ со лиценца за работа кој врши здравствена дејност во приватна здравствена установа и кој доставил пријава до Министерство за здравство за преземање од приватна во јавна здравствена установа на мислење сме дека може да биде преземен во ЈЗУ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ поради потребата за континуирано вршење на дејноста на јавната здравствена установа.

 **ДИРЕКТОР**

**MENDIM NGA INSTITUCIONI SHËNDETËSOR PUBLIK**

Punonjësi shëndetësor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ me licencë për punë i cili kryen veprimtari shëndetësore në institucion privat shëndetësor dhe ka dorëzuar aplikim drejtuar Ministrisë së shëndetësisë për transfer nga institucion privat në institucion shëndetësor publik jemi të mendimit se mund të transferohet në ISHP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ për shkak të nevojës për vazhdueshmëri në kryerjen e veprimtarisë shëndetësore në institucionin shëndetësor publik.

 **DREJTOR**