|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Über die  Fakultätsverwaltung  an den  Präsidenten der  Universität Regensburg  im Hause | | | | | | |  | | |
|  | | |
| Antragsteller: | | |
|  | | |
|  | | | |  | | | | | |
| **Einstellungsantrag Akademische Rätin / Akademischer Rat bzw.  Akademische Rätin (LfbA) / Akademischer Rat (LfbA)** | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | |
| **Anlagen** | | | | | | | | | |
| Personalfragebogen für Beamte\*  Lebenslauf mit Schriftenverzeichnis  Angaben zum berufl. Werdegang\*  Wehr- / Zivildienstbescheinigung  Geburt- / Heiratsurkunde  Stellungnahme Fakultätsfrauenbeauftr.  Stellenausschreibung | | | Hochschulabschlusszeugnis  1. / 2. Staatsprüfung  Promotionsurkunde  Habilitationsurkunde  Nebentätigkeitsantrag\*\*  arbeitsmed. Vorsorge- / Ergänzungsuntersuchung | | | | | bisherige Ernennungsurkunden  Erklärung zur Verfassungstreue\*  Erklärung zu Scientology\*  Formular zur vereinfachten  Leistungsfeststellung Beamte\*  Kopie der Stellenzuweisung | |
| \* Formulare im Internet unter http://www.uni-regensburg.de/verwaltung/formulare/einstellung-berufungen/index.html  \*\* Formulare im Internet unter http://www.uni-regensburg.de/verwaltung/formulare/arbeitszeit/index.html | | | | | | | | | |
| Es wird gebeten, folgende Einstellung vorzunehmen: | | | | | | | | | |
| **1. Persönliche Angaben** | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | | |  |
| Familienname |  | | | | Geburtsname | | | |  |
| Titel |  | | | | Geburtsdatum | | | |  |
| Vorname |  | | | | Geburtsort | | | |  |
| Familienstand |  | | | | Staatsangehörigkeit | | | |  |
| Adresse |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
| **2. Qualifikation** | | | | | | | | | |
| Promotion im entsprechenden Fach | | | | | | 1. Staatsprüfung | | | |
| Magisterprüfung | | | | | | 2. Staatsprüfung | | | |
| Diplom | | | | | | Master | | | |
| **3. Beginn der Beschäftigung** | | | | | | | | | |
| Die Einstellung soll erfolgen zum: | |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4. Dienstbezeichnung** | | | | | |
| **Akademischer Rat / Akademische Rätin** im Beamtenverhältnis auf Probe | | | | | |
| **Akademischer Rat (LfbA) / Akademische Rätin (LfbA)** im Beamtenverhältnis auf Probe | | | | | |
| **5. Organisatorische Zuordnung** | | | | | |
|  | | | | | |
| Bitte nur die Zeile mit der genauen Zuordnung ankreuzen und ausfüllen. | | | | | |
|  | | **Beschäftigungsstelle** | | | **Weisungsbefugnis** |
|  | | Fakultät für | | | Dekan/in |
|  | | Institut für | | | Institutsleiter/in |
|  | | Lehrstuhl für | | | Professor/in |
|  | | Professur für | | | Professor/in |
|  | | | | | |
| **6. Haushaltsmäßige Verrechnung** | | | | | |
| Die Einstellung soll erfolgen zu Lasten der Planstelle: | | |  | | |
| Die Zuweisung der Stelle erfolgt mit Schreiben vom: | | | *(Bitte Kopie des Zuweisungsschreibens beifügen.)* | | |
| **7. Stellenausschreibung / Bewerbungsverfahren** | | | | | |
| Eine Stellenausschreibung mit anschließendem Bewerbungsverfahren wurde durchgeführt. | | | | | |
| Eine Stellungnahme zum Bewerbungsverfahren ist beigefügt. | | | | | |
| Eine Kopie der Stellenausschreibung ist beigefügt. | | | | | |
| Die Stellungnahme der / des Fakultätsfrauenbeauftragten zum Bewerbungsverfahren ist beigefügt. | | | | | |
| **8. Tätigkeitsbeschreibung** (in Absprache mit dem Vorgesetzten) | | | | | |
| a) | Bitte machen Sie die Angaben zu arbeitsmedizinischen Vorsorge- bzw. Eignungsuntersuchungen in der beigefügten Ergänzung zum Einstellungsantrag (notwendig für betriebsärztliche Untersuchungen). | | | | |
| b) | Angabe der allgemeinen Verwendung, z.B. Bürotätigkeit, schwere körperliche Tätigkeit, Umgang mit gefährlichen Stoffen (notwendig für die amtsärztliche Untersuchung) - *Mehrfachangaben sind möglich!* | | | | |
|  |  | | | | |
| **Unterschriften** | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Datum und Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Datum und Unterschrift Außenreferat | |

**Arbeitgeber-Vorlage zur Durchführung einer   
arbeitsmedizinischen Vorsorge nach ArbMedVV oder   
einer Eignungsuntersuchung**

**Für:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name / Vorname: |  | Geburtsdatum: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Institut / Lehrstuhl, etc.: |  |

**Der für den Arbeitsbereich für den Arbeits- und Gesundheitsschutz verantwortliche Vorgesetzte:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name: |  |  | Telefonnummer *(dienstlich)* |  |

**Die Arbeitgeberbescheinigung soll geschickt werden an** *(Personalsachbearbeiter\*in)***:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name: |  |  | Referat: |  |

**Dieses Formblatt ist auf Grundlage der Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (siehe** [**GB007 - Arbeitsmedizinische Vorsorge**](https://www.uni-regensburg.de/technische-zentrale/abteilung-referate/sicherheitswesen-v-3/gefaehrdungsbeurteilung-und-dokumentation/index.html)**, zu finden auf der Homepage des Referats V/3 Sicherheitswesen) auszufüllen.**

**Teil 1: Arbeitsmedizinische Vorsorge** (nach ArbMedVV)

**a) bei Tätigkeiten mit Gefahrstoffen**

nicht erforderlich

erforderlich als **Pflichtvorsorge**\*, vgl. GB007 ab S. 4

erforderlich als **Angebotsvorsorge**\*, vgl. GB007 ab S. 6

\*Angaben zu Gefahrstoffen, bzw. sonstigen Tätigkeiten mit Gefahrstoffen *(zwingend erforderlich!)*

|  |
| --- |
|  |

**b) als Nachgehende Vorsorge**

nicht erforderlich

erforderlich\*, vgl. GB007 S. 6

*Voraussetzungen: Beschäftigte(r) ist im CMR-Expositionsverzeichnis des Bereichs gelistet, Tätigkeit mit Expositionshintergrund wurde beendet und eine entsprechende Information an Personalabteilung ist erfolgt!*

\*Angaben zu Tätigkeiten *(zwingend erforderlich!)*

|  |
| --- |
|  |

**c) bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen einschließlich gentechnischer Arbeiten mit humanpathogenen Organismen**

nicht erforderlich

erforderlich als **Pflichtvorsorge**\*, vgl. GB007 ab S. 7

erforderlich als **Angebotsvorsorge**\*, vgl. GB007 S. 12

\*Angaben zu Tätigkeiten/Tätigkeitsende mit Arbeitsstoffen/humanpathogenen Organismen *(zwingend erforderlich!)*

|  |
| --- |
|  |

Anmerkung: außer den Vektoren sind auch die entsprechenden weiteren Organismen (Spender, Empfänger), auf die die Tätigkeiten der/des Beschäftigten ausgerichtet sind, zu berücksichtigen.

**d) bei Tätigkeiten mit physikalischen Einwirkungen**

nicht erforderlich

erforderlich als **Pflichtvorsorge**\*, vgl. GB007 S. 13

erforderlich als **Angebotsvorsorge**\*, vgl. GB007 S. 13

\*Angaben zu Tätigkeiten *(zwingend erforderlich!)*

|  |
| --- |
|  |

**e) bei sonstigen Tätigkeiten**

nicht erforderlich

erforderlich als **Pflichtvorsorge**\*, vgl. GB007 S. 14

erforderlich als **Angebotsvorsorge**\*, vgl. GB007 S. 14

\*Angaben zu Tätigkeiten/Tätigkeitsende *(zwingend erforderlich!)*

|  |
| --- |
|  |

**Teil 2: Eignungsuntersuchungen** (außerhalb ArbMedVV)

nicht erforderlich

erforderlich, Anlass:

Tätigkeiten mit Strahlenexposition gem. StrlSchV **Kat A**, vgl. GB007 S. 15

Tätigkeiten mit Strahlenexposition gem. StrlSchV **Kat B**, *wenn eine Untersuchung zu Beginn der Tätigkeit behördlich angeordnet**wurde,* vgl. GB007 S. 15

GMP-Tätigkeiten, vgl. Arzneimittel- und Wirkstoffherstellungsverordnung, vgl. AMWHV)

regelmäßige Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten mit möglicher Gesundheitsgefährdung, auch gegenüber Dritten, vgl. GB007 S. 16 *Voraussetzung: es muss hierzu eine betriebliche Vereinbarung vorliegen!*

regelmäßige Tätigkeiten in Höhen > 1,0 m, ungesichert und mit Absturzrisiko, vgl. GB007 S. 16 *Voraussetzung: es muss hierzu eine betriebliche Vereinbarung vorliegen!*

**Wichtige Zusatzinformationen für die Arbeitsmedizin**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Datum |  | Unterschrift Leitung Bereich / Institut / Lehrstuhl |