|  |  |
| --- | --- |
| Über die Fakultätsverwaltungan denPräsidenten der Universität Regensburgim 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 |