**ЗДРАВСТВЕНИ ЦЕНТАР ВРАЊЕ**

**Број: 01-144**

**Датум: 12.01.2021.године**

На основу члана 7 – 9 Посебног колективног уговора за здравствене установе чији је оснивач Република Србија, аутономна покрајина и једин0ца локалне самоуправе („Сл.гласник РС“ бр. 96/19), Кадровског плана за Здравствени центар Врање бр.112-01-31/2020 од 09.04.2020.године и Одлуке  в.д директора Здравственог центра Врање бр 01-143 од 13.01.2021. године, в.д.директора Здравственог центра Врање, расписује

**О Г Л А С**

**за пријем у радни однос на одређено време до девет месеци**

1. **Медицинска сестра – техничар – 3 (три) извршиоца**, на Инфективном одељењу ОЈ Општа болница Здравственог центра Врање, због повећаног обима посла услед КОВИД инфекције.

***Услови***:  IV степен стручне спреме, завршена средња медицинска школа, положен стручни испит, лиценца или решење о упису у именик одговарајуће Коморе;

***Опис послова:***према Изменама и допунама Правилника о организацији  и  систематизацији послова Здравственог центра Врање члан 28. тачка 2.3.7. Секундарна здравствена заштита.

**Заинтересовани кандидати подносе :**

·      CV;

·      оверену фотокопију дипломе;

·      оверену фотокопију уверења о положеном стручном испиту;

.     оверена фотокопију лиценце или решења о упису у именик одговарајуће Коморе;

Кандидати који буду одабрани, пре закључења уговора у обавези су да доставе лекарско уверење, којим ће доказати здравствену способност за рад.

За поменута радна места, радни однос се заснива са пуним радним временом, у трајању од 40 часова недељно.

Пријавом на оглас кандидат даје своју сагласност за обраду података о личности у сврхе избора за пријем у радни однос. Подаци се не могу користити у друге сврхе.

Изабрани кандидати пре заснивања радног односа дужни су да доставе лекарско уверење као доказ о здравственој способности за послове за које се заснива радни однос.

Рок за подношење пријава **8 дана** од дана објављивања на web страници Министарства здравља Републике Србије и огласној табли Националне службе за запошљавање - Филијала Врање.

Непотпуне и неблаговремене пријаве неће се разматрати.

Пријаву доставити у затвореној коверти са назнаком **"за јавни оглас број 2 - не отварати"** на адресу :**Здравствени центар Врање ул.Ј.Ј. Лунге бр.1, 17500 Врање**

**В.Д. ДИРЕКТОРА**

**ЗДРАВСТВЕНОГ ЦЕНТРА ВРАЊЕ**

**Др Љиљана Антић**

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