

**EKSEMPEL PÅ HVORDAN BEMÆRKNINGSFELTET KAN UDFYLDES på****Interesseskema for medarbejdere**

Udfyldes af stillingsindehaveren

Navn:	Stilling:	Cpr.nr.:
Privatadresse:	Postnr. og By	
Ansættelsessted:	Ansættelsesdato:	
Uddannet den :	Antal år i specialet:	
Ansættelsesform – sæt kryds: Tjenestemandsansat <input type="checkbox"/> Overenskomstansat <input type="checkbox"/>		
Tillidsrepræsentantbeskyttet <sup>(1)</sup> - sæt kryds: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		Beskæftigelsesgrad:
Ønske om ændret tid: (hvis ja – anfør timetal)	Ønske om orlov: (hvis ja – anfør art og dato)	Ønske om fratræden: (hvis ja – anfør årsag og dato)

Jeg er interesseret i at blive overflyttet til en tilsvarende stilling:

Hospital:	Afdeling/Klinik:	Prioritet:
		1
		2
		3
		4

**Bemærkninger<sup>(2)</sup>**

Nedenstående er eksempler til illustration af hvordan yderligere prioritering kan gives på tværs af hospitaler/klinikker eller indenfor det enkelte hospital.

- \*) jeg vægter en funktion på et ambulatorium højere end min prioritering af hospitaler
- \*) jeg vægter en funktion på et ambulatorium højere end min prioritering af hospitaler Gælder dog ikke min 4. prioritet
- \*) jeg arbejder pt i et team sammen med xx og yy og ønsker at kunne fortsætte dette samarbejde på et af de 4 hospitaler Teamarbejdet har fokus på . . .
- \*) har hidtil haft arbejde uden deltagelse i nattevagter Dette er begrundet i . . . Muligheden for fortsat at have disse arbejdsbetingelser går forud for min prioritering af hospitaler
- \*) Min begrundelse for prioritering af hospital er : eksempelvis afstand/transportmuligheder, . . .
- \*) Jeg har tidligere haft ansættelse på afsnit xx og (onsker)/(onsker ikke) at komme tilbage til dette afsnit Vil dog gerne et andet afsnit på pågældende hospital
- \*) Mine kompetencer ligger specielt indenfor det pædagogiske felt. Jeg har gennemgået uddannelse ved . . . / taget følgende kurser . . . Har på denne baggrund varetaget vejlederfunktioner for studerende/stået for oplæring af nye medarbejdere/ varetaget uddannelsesansvar for . . .

**OPLYS GERNE ET TELEFONNUMMER SOM ARBEJDSGRUPPEN KAN KONTAKTE DIG PÅ I PERIODEN 13-17 SEPTEMBER:**

Dato:	Underskrift:
-------	--------------

(1) Tillidsrepræsentanter, medlemmer af MED-udvalg og arbejdsmiljørepræsentanter,

(2) Under bemærkninger har du mulighed for at tilføje yderligere oplysninger om baggrunden for dine ønsker og om dig selv.