



Kościan, dnia 13 kwietnia 2018 r.

INSPEKCJA WETERYNARYJNA

POWIATOWY LEKARZ WETERYNARII

W KOŚCIANIE

Katarzyna Szulańczyk

Nasz znak: AF.1100.13.2018

Dot. sprawy nr: -

pismo z dnia: -

OGŁOSZENIE

**Powiatowy Lekarz Weterynarii w Kościanie w związku
z art. 16 ustawy o Inspekcji Weterynaryjnej z dnia 29 stycznia 2004 roku
(tj. Dz. U. z 2016 roku, poz. 1077)
ogłasza nabór na kandydatów do realizacji niżej wymienionych zadań
w ramach umowy cywilno – prawnej**

Rodzaj czynności – lekarze weterynarii:

1. Przeprowadzenie kontroli gospodarstw utrzymujących trzodę chlewną z zakresu bioasekuracji.

Na terenie powiatu Kościan.

Wymagania konieczne:

1. Wykształcenie wyższe weterynaryjne.
2. Posiadanie prawa jazdy kategorii B.
3. Zdolności organizacyjne, komunikatywność, obowiązkowość.
4. Umiejętność obsługi komputera w środowisku Windows.
5. Znajomość polskich i unijnych przepisów weterynaryjnych.

Posiadane kwalifikacje zgodnie z rozporządzeniem MRiRW z dnia 22 kwietnia 2004 roku, pozytywna ocena weryfikacji wiedzy dotyczącej zakresu wyznaczenia;

- W przypadku osób po raz pierwszy ubiegających się o wyznaczenie, zostanie przeprowadzony test sprawdzający wiedzę merytoryczną,
- W przypadku większej ilości osób na dane stanowisko pracy będzie przeprowadzony test sprawdzający wiedzę merytoryczną, w celu dokonania wyboru osoby w najwyższym stopniu spełniającej wymagania pod względem zweryfikowanej wiedzy w celu zapewnienia właściwego wykonania zadań.



Powiatowy Inspektorat Weterynarii ul. Gostyńska 52,64-000 Kościan
tel.:(65) 512-07-03,fax: (65) 512-74-39,e-mail: koscian.piw@wetgiw.gov.pl,www.piwkoscian.pl

Wymagane dokumenty i oświadczenia:

1. Aktualne zaświadczenie o prawie do wykonywania zawodu lekarza weterynarii.
2. Dokumenty potwierdzające wykształcenie.
3. Kopia dowodu osobistego lub oświadczenie o posiadaniu obywatelstwa polskiego.
4. Życiorys i list motywacyjny.
5. Oświadczenie kandydata o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych dla celów rekrutacji oraz późniejszego wyznaczenia czynności weterynaryjnych w ramach umowy cywilno – prawnej.
6. Oświadczenie kandydata o niekaralności za przestępstwo skarbowe popełnione umyślnie.
7. Aktualne orzeczenie lekarskie o zdolności do wykonywania pracy na stanowisku lekarz weterynarii.
8. Aktualna książeczka zdrowia oraz aktualne orzeczenie lekarskie do celów sanitarno – epidemiologicznych.
9. Aktualne badania okulistyczne.
10. Aktualne zaświadczenie o odbytych szkoleniach BHP.
11. Aktualne zaświadczenie od pracodawcy (dla osób zatrudnionych w ramach umowy o pracę) o otrzymywaniu wynagrodzenia brutto za miesiąc kalendarzowy, stanowiącym podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne i Fundusz Pracy, które z dniem 1 stycznia 2018 roku wynosi 2100,00 zł oraz dokument potwierdzający opłacenie składek na ubezpieczenie społeczne.
12. Aktualne zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o niezaleganiu w opłacaniu składek na ubezpieczenie społeczne oraz zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej..
13. Prawidłowo wypełnione Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia społecznego.
14. Prawidłowo wypełnione podanie o wyznaczenie do realizacji zadań w ramach umowy.

Osoby zainteresowane powinny złożyć ww. dokumenty wraz z podaniem do dnia 30 kwietnia 2018 roku.

Rozpatrywanie wniosków będzie odbywać się komisyjnie. Komisja po rozpatrzeniu i ocenie wniosków sporządzi listę kandydatów do wyznaczenia wraz z zakresem wyznaczenia i przedłoży ją do akceptacji Powiatowemu Lekarzowi Weterynarii w Kościanie.

Wnioski niekompletne nie będą rozpatrywane.

Adres na który należy składać dokumenty:

**Powiatowy Inspektorat Weterynarii
ul. Gostyńska 52, 64-000 Kościan**

POWIATOWY LEKARZ WETERYNARII
w KOŚCIANIE
dr n. wet. Katarzyna Szulczyk



OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY DO WYZNACZENIA NA ROK 2018

1. Dane osobowe

Nazwisko: Nazwisko rodowe

Imiona:

Imiona rodziców:

Data i miejsce urodzenia:

PESEL:

Numer dowodu osobistego:

2. Adres zamieszkania

Województwo: Powiat: Gmina:

Ulica: Nr domu: Nr mieszkania:

Miejscowość: Kod pocztowy: Poczta:

3. Adres zameldowania

Województwo: Powiat: Gmina:

Ulica: Nr domu: Nr mieszkania:

Miejscowość: Kod pocztowy: Poczta:

4. Urząd Skarbowy (właściwy do przekazania rocznej informacji o dochodach i pobranych zaliczkach na podatek dochodowy PIT-11)

Nazwa i adres:

5. Właściwy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia -

6. Oświadczenie Zleceniobiorcy o opłacaniu składek społecznych z tytułu:

6.1. Jestem emerytem / rencistą* (nr świadczenia, kto wypłaca)

6.2. Posiadam / nie posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

Określić orzeczonego stopień niepełnosprawności

6.3. Jestem zatrudniony na podstawie stosunku pracy a moje wynagrodzenie jest niższe / równe / wyższe* niż minimalne wynagrodzenie (nazwa i adres pracodawcy)

6.4. Wykonuję umowę zlecenia / pracę nakładczą* na rzecz innego zleceniodawcy (nazwa i adres zleceniodawcy)

6.5. Prowadzę działalność gospodarczą na własne nazwisko (nazwa i adres działalności) opłacam: składki w pełnej wysokości / składki preferencyjne*

6.6. Jestem ubezpieczony z innego tytułu (określić tytuł ubezpieczenia, nazwę i adres firmy, działalności, itp.

7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym dla wywiązania się z umowy przez Zleceniodawcę.

Oświadczam, że powyższe dane podałem(łam) zgodnie ze stanem faktycznym, a o wszelkich zmianach dotyczących treści powyższego oświadczenia uprzedzę Zleceniodawcę na piśmie. Wszelkie szkody i koszty wynikające ze zmiany treści oświadczenia zobowiązuję się pokryć z własnych środków.

.....
Data i podpis Zleceniobiorcy