



Universität Regensburg

An
Referat III/3 oder III/4
im Hause

Hinweis:

Bei einer erstmaligen Ernennung in ein Beamtenverhältnis ist der Antrag **mindestens drei Monate** vor Ernennungstermin mit den vollständigen Einstellungsunterlagen (siehe Anlage 2) bei der Personalabteilung vorzulegen.

Antrag auf Ernennung

- eines Akademischen Rates auf Zeit / einer Akademischen Rätin auf Zeit (ARaZ)
- eines Akademischen Oberrats auf Zeit / einer Akademischen Oberrätin auf Zeit (AORaZ)¹

1. Persönliche Angaben

| | | | |
|---------------------|-------|-------------------|---|
| Name, Vorname | _____ | Geburtsdatum | _____ |
| Anschrift | _____ | | |
| Staatsangehörigkeit | _____ | Schwerbehinderung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

2. Dauer²

von _____ bis _____

3. Beschäftigungsstelle/Weisungsbefugnis

| | | | |
|----------------------|-------|----------------------------|-------|
| Fakultät | _____ | | |
| Beschäftigungsstelle | _____ | | |
| Vorgesetzte/r | _____ | TelNr. (für Rückfragen) | _____ |

¹ Anträge auf Ernennung eines/einer AORaZ können lediglich im Rahmen der turnusmäßigen Ausschreibungen (dreimal jährlich) erfolgen und gelten vorbehaltlich der Bereitstellung einer AORaZ-Stelle.
² Der/Die ARaZ wird für die Dauer von drei Jahren ernannt. Im Anschluss besteht die Möglichkeit der Verlängerung um bis zu weitere drei Jahre.
Der/Die AORaZ wird für die Dauer von bis zu vier Jahren ernannt.

4. Tätigkeitsbeschreibung

5. Haushaltmäßige Verrechnung

Planstelle Nr.

derzeit/zuletzt besetzt bis mit

6. Sonstiges

Im Falle der Verlängerung als ARaZ um weitere bis zu drei Jahre:

Es wird bestätigt, dass das Habilitationsverfahren bzw. der Erwerb habilitationsäquivalenter Leistungen soweit fortgeschritten ist, dass dieses/dieser voraussichtlich innerhalb der unter Punkt 2 angegebenen Dauer abgeschlossen wird.

Regensburg, den

(Unterschrift Vorgesetzte/r)

(Unterschrift Dekan/in)

(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, 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