

Arbetsgivarens respons

Arbetsprövning

Arbetssträning

Rehabiliteringsklient	Namn		Personbeteckning
Arbetsgivare	Arbetsgivarens namn/företag		
Genomförande	Begynnelsetidpunkt	Sluttidpunkt	
	Arbetsuppgifter		
	Eventuell frånvaro och orsak till sådan		
	Ändrades arbetstiden eller arbetsuppgifterna under arbetsprövningen/arbetsträningen eller gjordes andra arrangemang? Nej Ja, vad eller hur?		
Hälsoaspekter	Inverkade rehabiliteringsklientens hälsotillstånd på arbetet? Nej Ja, hur och i vilka uppgifter		
Arbetsprövning	Kan rehabiliteringsklienten enligt er åsikt arbeta heltid deltid inte alls		
	Fortsatta planer rehabiliteringsklienten fortsätter i vår tjänst vi har genomfört endast avtalad arbetsprövning rehabiliteringsklienten behöver utbildning inom branschen för att få sysselsättning eventuell annan plan, vad?		
Arbetsträning	Fortsätter rehabiliteringsklienten att arbeta i er tjänst? Ja Nej, varför?		
Närmare information			
Datum och ort			
Underskrift			

Vi ber er sända denna respons omedelbart efter att arbetsplatsrehabiliteringen har upphört.