Enklast skickar du blanketten med skyddad e-post via sidan [www.elo.fi/e-post](http://www.elo.fi/e-post). Fyll i blanketten, spara filen

och skicka den via vår tjänst till adressen: elakeasiakirjat@elo.fi. Vi rekommenderar inte att e-post används för

att skicka känslig information, såvida du inte använder skyddad e-post.

**ARBETSGIVAREN IFYLLER**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rehabiliteringsklient** | Namn | | | Personbeteckning | |
| **Arbetsgivare** | Namn | | | | |
| Kontaktperson på arbetsplatsen | | | | Telefon |
| Utdelningsadress | | Postnummer och adressort | | |
| **Arbetsprövning** | Arbetsprövningen börjar | Arbetsprövningen slutar | | | |
| Arbetsuppgifter | | | | |
| Daglig arbetstid | | | | |
| Eventuell frånvaro under arbetsprövningen och orsaken till den | | | | |
| **Hälsotillstånd** | Gjorde rehabiliteringsklientens hälsotillstånd det svårt för honom eller henne att klara av arbetet?  [ ] Nej [ ] Ja | | | | |
| Beskriv på vilket sätt | | | | |
| **Planer om fortsättningen** | Klarar klienten efter arbetsprövningen att arbeta  [ ] på heltid [ ] på deltid [ ] inte alls | | | | |
| Åtgärder efter arbetsprövningen:    [ ] anställningen fortsätter [ ] endast avtalad arbetsprövning genomfördes  För att sysselsätta sig behöver klienten [ ] utbildning inom branschen | | | | |
| Andra planer om fortsättningen | | | | |
| **Tilläggsuppgifter** | Annat som kommit fram under arbetsprövningen | | | | |
|  | Ort och datum Namnet på arbetsgivarens representant | | | | |