



## Rehabiliteringsutredning efter 6 sjukfrånvarotillfällen

Ifylld blankett skickas av chef till  
resp. personalhandläggare

Dnr:

Namn		Personnummer			
Adress					
Tfn hem		Tfn arbete		Mobilnr	
Arbetsplats			Förvaltning		
Yrke			Syssetsättningsgrad		
Ansvarig chef			Facklig medverkan		
Datum för utredningen			<input type="checkbox"/> Informerat om facklig medverkan		
<b>Sjukskrivningstillfälle 1</b> fr o m _____ t o m _____ Orsak till arbetsoförmåga (ifylls av arbetstagaren)					
<b>Sjukskrivningstillfälle 2</b> fr o m _____ t o m _____ Orsak till arbetsoförmåga (ifylls av arbetstagaren)					
<b>Sjukskrivningstillfälle 3</b> fr o m _____ t o m _____ Orsak till arbetsoförmåga (ifylls av arbetstagaren)					
<b>Sjukskrivningstillfälle 4</b> fr o m _____ t o m _____ Orsak till arbetsoförmåga (ifylls av arbetstagaren)					
<b>Sjukskrivningstillfälle 5</b> fr o m _____ t o m _____ Orsak till arbetsoförmåga (ifylls av arbetstagaren)					
<b>Sjukskrivningstillfälle 6</b> fr o m _____ t o m _____ Orsak till arbetsoförmåga (ifylls av arbetstagaren)					
Tidigare gjorda rehabiliteringsutredningar vid följande tillfällen					
Tidigare gjorda insatser från Alviva					



## Rehabiliteringsutredning efter 6 sjukfrånvarotillfällen

Datum	
Arbetstagarens förslag på åtgärder:	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Arbetsgivarens förslag på åtgärder:	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Överenskomna åtgärder:	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Uppföljningsdatum	
Underskrift ansvarig chef	Underskrift arbetstagare

