

## REHABILITERINGSPLAN

Rehabiliteringsklient: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

Arbetsprövningen börjar: \_\_\_\_\_

Arbetsprövningen upphör: \_\_\_\_\_

Arbetsplats: \_\_\_\_\_

Ansvarig förman \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_

Titel: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Uppgifter som ingår i arbetsprövningen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Planerad arbetstid (50 - 100%): \_\_\_\_\_

(t.ex. Per vecka, minst 20 timmar/vecka)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Ansvarig förman (underskrift)

\_\_\_\_\_  
Rehabiliteringsklient (underskrift)

**OBS! Bifogas till blanketten för ansökan om yrkesinriktad rehabilitering.**