



Vi ber arbetsgivarens representant att fylla i blanketten när arbetsprövningen upphör och arbetsprövaren att styrka utlåtandet med sin underskrift.

Namn	Personbeteckning
Arbetsprövningsplats	
Yrke	
Börjar (ddmmåååå)	Upphör (ddmmåååå)
Uppgifterna under arbetsprövningen	
Utvärdering av arbetsprövningen	
Frånvaro under arbetsprövningen	
Efter arbetsprövningen kommer rehabiliteringsklienten att	
<input type="checkbox"/> återgå till arbetet Arbetsplats och yrke	
<input type="checkbox"/> bli sjukskriven	
<input type="checkbox"/> söka pension	
<input type="checkbox"/> vara arbetslös arbetsökande	
<input type="checkbox"/> Annan situation, vilken?	
Underskrifter	
Datum	
Underskrift av arbetsgivarens representant och namnförtydligande	Arbetsprövarens underskrift
Telefonnummer till arbetsgivarens representant	

Blanketten returneras till Keva snarast möjligt efter att arbetsprövningen upphört.