

Checklista för återgång i arbete

Förslag på åtgärd/-er från fack/medlem eller arbetsgivare som syftar till att medlemmen ska komma tillbaka i arbete hos <i>arbetsgivaren</i> (arbetsgivarens <i>hela verksamhet</i> avses).	Har riskbedömning genomförts? Om nej, ange varför.	Har åtgärden eller åtgärderna prövats i praktiken? Om nej, ange varför.	Om ja, hur gick det?
TIDIGARE ARBETSUPPGIFTER			
eventuellt genom			
arbetsorganisatorisk förändring			
med/efter			
rehabilitering (till exempel medicinsk)			
anpassning av arbetsuppgifter			
hjälpmedel			
arbetsträning/arbetsprövning hos arbetsgivaren			
arbetsträning/arbetsprövning utanför arbetsgivarens verksamhet			
utbildning			
övrig			
kombination av åtgärder enligt ovan			
NYA ARBETSUPPGIFTER			
på			
samma avtalsområde eventuellt efter omplacering			
nytt avtalsområde efter omplacering			
eventuellt genom			
arbetsorganisatorisk förändring			
att arbetsuppgifter "plockas ihop" (inte i obegränsad omfattning)			
med/efter			
rehabilitering (till exempel medicinsk)			
anpassning av arbetsuppgifter			
hjälpmedel			
arbetsträning/arbetsprövning hos arbetsgivaren			
arbetsträning/arbetsprövning utanför arbetsgivarens verksamhet			
utbildning			
övrigt			
kombination av åtgärder enligt ovan			

.....
/ Ort och datum /

.....
/ Medlemmens namnteckning /

.....
/ Skyddsombudets namnteckning /

.....
/ Annan facklig representant /