

	Förslag på åtgärd/-er från fack/medlem eller arbetsgivare som syftar till att medlemmen ska komma tillbaka i arbete hos arbetsgivaren (arbetsgivarens hela verksamhet 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				
övrigt				
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 /