

**Työkokeilu
Työhönvalmennus**

Kuntoutuja	Nimi	Henkilötunnus
Työnantaja	Työnantajan nimi	
Toteutus	Alkamisajankohta	Päättymisajankohta
	Työtehtävät	
	Mahdolliset poissaolot ja niiden syyt	
	Muutettiin työkokeilun/työhönvalmennuksen aikana työaikaa tai työtehtäviä tai tehtiinkö muita järjestelyjä? Ei Kyllä; mitä tai miten?	
Terveystilan vaikutus	Vaikuttiko kuntoutujan terveydentila työskentelyyn? Ei Kyllä; miten ja missä tehtävissä?	
Työkokeilu	Kykeneekö kuntoutuja mielestänne työskentelemään kokopäiväisesti osapäiväisesti ei lainkaan	
	Jatkosuunnitelma kuntoutuja jatkaa palveluksessamme toteutettiin vain sovittu työkokeilu kuntoutuja tarvitsee alan koulutuksen työllistyäkseen mahdollinen muu suunnitelma, mikä?	
Työhönvalmennus	Jatkaako kuntoutuja työskentelyä palveluksessanne? Kyllä Ei, miksi?	
Lisätietoja		
Allekirjoitus	Aika ja paikka	
	Työnantajan allekirjoitus ja nimenselvennys	

Pyydämme lähettämään tämän palautteen välittömästi työpaikkakuntoutuksen päätyttyä.

1680/06.10