

Blankett: Avslut av rehabilitering

Förnamn	Efternamn	Personnummer	
Befattning		Verksamhet	Enhet

Utförda rehabiliteringsåtgärder
Resultat av rehabiliteringsåtgärder

Avslut av rehabilitering

Datum för avslut av rehabilitering	Datum för återgång i arbete
Återgång i arbete ej möjligt på grund av:	

Underskrifter

Chef		Medarbetare	
Ort	Datum	Ort	Datum

Facklig representant	
Ort	Datum

