

# Työpaikkakuntoutus

Työnantajan palaute

**VARMA**

**Työkokeilu**

**Työhönvalmennus**

<b>Kuntoutuja</b>	Nimi	Henkilötunnus
<b>Työnantaja</b>	Työnantaja/Yrityksen nimi	
<b>Toteutus</b>	Alkamisajankohta	Päättymisajankohta
	Työtehtävät	
	Mahdolliset poissaolot ja niiden syyt	
	Muutettiin työkokeilun/työhönvalmennuksen aikana työaika tai työtehtäviä tai tehtiinkö muita järjestelyjä? Ei                      Kyllä, mitä ja miten?	
<b>Terveydentilan vaikutus</b>	Vaikuttiko kuntoutujan terveydentila työskentelyyn? Ei                      Kyllä, miten ja missä tehtävissä?	
<b>Työkokeilu</b>	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?	
<b>Työhönvalmennus</b>	Jatkaako kuntoutuja työskentelyä palveluksessanne? Kyllä                      Ei, miksi	
<b>Lisätietoja</b>		
<b>Aika ja paikka</b>		
<b>Allekirjoitus</b>		

Pyydämme lähettämään tämän palautteen välittömästi työpaikkakuntoutuksen päättyttyä.