### Avslut av rehabiliteringsutredning i Tibro Kommun

**Datum:**

**Närvarande vid mötet**

|  |
| --- |
|  |

**Medarbetaren**

|  |  |
| --- | --- |
| Namn |  |
| Personnummer |  |
| Förvaltning/arbetsplats |  |

**Beskrivning av insatser (till exempel anpassning, arbetsträning, arbetsförmågebedömning).**

|  |
| --- |
|  |

**Beskrivning av resultat**

|  |
| --- |
|  |

**Övriga kommentarer**

|  |
| --- |
|  |

**Rehabiliteringsutredningen förklaras avslutad.**

**Omplaceringsutredning skall göras**

* Ja
* Nej

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Underskrift av rehabiliteringsansvarig Underskrift av medarbetaren

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Underskrift övrig Underskrift övrig