

Organisation und Protokoll Arbeitsversuch

Mitarbeiter: _____
Name: _____
Vorname: _____
Personal-Nummer: _____
Kostenstelle: _____
Vorgesetzter: _____

Arbeitsversuch

auf Kostenstelle: _____
zuständige
Führungskraft: _____
prinzipielle Eignung des Arbeitsplatzes geprüft durch: _____ am: _____

Beginn Arbeitsversuch: _____
Ende Arbeitsversuch: _____

Ergebnis: _____

- ☐ Arbeitsplatz geeignet
☐ Arbeitsplatz nicht geeignet
☐ Abbruch durch Mitarbeiter:
Grund:

- ☐ Abbruch durch:
Grund:

Stellungnahme Betriebsarzt:

Datum, Unterschrift Führungskraft

Datum, Unterschrift Mitarbeiterin/Mitarbeiter