

			Skadenummer
1. Personuppgifter	Namn		Personbeteckning
	Adress		
	Telefon		
2. Arbetsgivarens kontaktuppgifter	Företagets namn		
	Kontaktperson på arbetsplatsen		Telefon
	Kontaktpersonens e-postadress		
	Adress		Postnummer och ort
3. Arbetsträning	Startdatum	Slutdatum	Arbetstid
	Ny arbetsbeskrivning och uppgifter och kompetens som behövs för den		
	Behov av tillägs- och fortutbildning, utbildningsarrangör, tidpunkt och pris		
	Betalar arbetsgivaren lön under arbetsträningstiden?		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
	Inlärninng på arbetsplatsen (konkreta arbetsuppgifter, inskolare)		
4. Uppföljning under arbetsträningen	Vem svarar för uppföljningen på arbetsplatsen under arbetsträningen? (kontaktpersonens namn och kontaktuppgifter)		
	Är det möjligt att ordna uppföljning av företagshälsovården under arbetsträningen?		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
5. Sysselsättning och lönenivå	Har arbetsgivaren möjlighet att sysselsätta rehabiliteringsklienten efter arbetsträningsperioden?		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
	Uppskattad lön (€/mån.)		
6. Tilläggsuppgifter			
7. Datum	Ort och datum		
	Den som fyllt i blanketten		

Returadresser:

Ersättningstjänsten för personskador i trafik
lkh@lahitapiola.fi

Ersättningstjänsten för arbetsolycksfallsförsäkring
yritysten.henkilovahingot@lahitapiola.fi