**Fastholdelsestiltag - opfølgningsmøde**

**I forhold til medarbejdere der ikke i fuldt omfang kan leve op til de stillede krav i deres nuværende job**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Navn:** |       | **Medarbejdernummer:** |       |
|  |  |  |  |
| **Møde afholdt d.:** |       | **Sted:** |       |
|  |  |  |
| **Deltagere:** |       |  |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **Hvad har ændringen betydet for medarbejderens arbejdspræstationer? Kan medarbejderen løse de aftalte arbejdsopgaver efter de aftalte tilpasninger er taget i brug?****Hvis Nej, hvilke arbejdsopgaver løser medarbejderen da ikke?:** |
| *
*
*
 |
| **Hvilke øvrige tilpasninger / tiltag er det aftalt, der skal der gøres for at afhjælpe de fysiske / psykiske funktionsnedsættelser?***
*
*
 |
| **Næste samtale/opfølgning på om tiltagene har ændret noget, eller om der skal forsøges med andre tiltag finder sted den:** |
|       |

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

Medarbejder Leder Evt. Tillidsrepræsentant