BESTILLINGSSKJEMA

Funksjonsvurdering/Sykefraværsoppfølging

Navn ansatt:	**Personnummer:**
Adresse:	**Postnummer/sted:**
Telefon:	**E-post:**
Bedriftsinformasjon	
Bedrift:	
Organisasjonsnummer:	
Nærmeste overordnede:	
Kontaktperson HR-avdeling:	
Rapport sendes til:	
Fakturaadresse:	
Kort beskrivelse av situasjonen (henvis gjerne til vedlegg dersom disse avdekker behov og utfordringer)**:**	
Hva ønskes avklart/mål for funksjonsvurderingen:	

«Arbeidstaker samtykker til at Bufar Kompetanse AS behandler personlige opplysninger som er gitt i forbindelse med funksjonsvurderingen, samt opplysninger som fremkommer i den tide funksjonsvurderingen gjennomføres. Opplysningene registreres i vårt journalsystem Ad Opus. Arbeidstaker samtykker samtidig til at opplysninger av betydning for situasjonen kan utveksles mellom de aktuelle partene, som for eksempel nærmeste leder, HR, eventuelt NAV og bedriftshelsetjeneste.»

Sted/Dato:

_____ _____

Arbeidsgiver Arbeidstaker