Dokumentation Arbeitserprobung

Firma: _____ Abteilung: _____

Mitarbeiter: _____ Personalnummer: _____

Geburtsdatum: _____ Eintritt in die Firma: _____

Beschäftigt als: _____ Vollzeit/ Teilzeit: _____

Arbeitserprobung auf Arbeitsplatz / Kostenstelle: _____

Zuständige/r Vorgesetzte/r: _____

Beginn Arbeitserprobung: _____

Umgesetzte Maßnahmen: _____

Datum	Soll-Dauer (ohne Pause)	Ist-Dauer (ohne Pause)	Pau-sen-anzahl	Pausen-gesamtdauer	Eignung der Aufgaben	Schmerzen	Arztbesuch	Bemerkung

Dokumentation Arbeitserprobung

Ergebnis:

Der Arbeitsplatz ist für den/die Mitarbeiter/in geeignet: ☐ ja ☐ nein

☐ Vollzeit ☐ Teilzeit

Die Arbeitserprobung wurde abgebrochen: ☐ ja ☐ nein

durch
- ☐ den/die Mitarbeiter/in
- ☐ den Betriebsarzt/die Betriebsärztin
- ☐ den/die Vorgesetzte/n
- ☐ durch _____

Bemerkung:

_____

_____

_____

_____ _____

Datum, Unterschrift Führungskraft Arbeitserprobung Datum, Unterschrift Mitarbeitende/r