



# Omdöme

## Arbetsstagare

Namn:	Personnummer:
-------	---------------

## Arbetsgivare

Förvaltning/bolag:	Arbetsplats:
Enhetschef/personalansvarig:	Telefon:
Arbetsledare:	Telefon:
Arbetsperiod:	Arbetstid:

## Beskrivning av arbetsuppgifter

--

## Utvärdering

	Mycket bra	Bra	Mindre bra
Initiativförmåga			
Intresse/motivation			
Samarbetsförmåga			
Förstå instruktioner			
Närvaro			
Passa tider			

## Signatur arbetsledare/handledare

--