

Avtal om arbetsprövning

Arbetsplatsen

Namn	FO-nummer	Telefon
Adress		
Handledare på arbetsplatsen	Telefon	E-post

Person som arbetsprövar

Namn	Adress
Telefon	Personnummer

Kontaktperson på AMS

Namn	Telefon	E-post
------	---------	--------

Avtalet gäller för tiden

Startdatum	Slutdatum
------------	-----------

Daglig arbetstid för den som arbetsprövar

Klockslag	Arbetsdagar/vecka
-	

Villkor

1. Arbetsplatsen förbinder sig att ge en allmän introduktion samt att sätta in den som arbetsprövar i arbetsuppgifter främst inom följande yrkesområde(n)

Yrkesområde(n)

2. Den som arbetsprövar står inte i arbetsförhållande till arbetsplatsen som nämns i detta avtal och inte heller till AMS.
3. AMS har rätt att bekanta sig med förhållandena på arbetsplatsen.
4. AMS eller aktuellt försäkringsbolag betalar ut ett beskattningsbart stöd till personen som arbetsprövar samt bekostar dennes olycksfalls- och ansvarsförsäkring under ovanstående period.
5. Arbetsplatsen förbinder sig att följa de arbetarskyddsbestämmelser och övriga bestämmelser som tillämpas på anställd personal inom ifrågavarande bransch.
6. Arbetsplatsen har rätt att bryta detta avtal om personen som arbetsprövar inte följer givna direktiv, handledning och/eller allmänna bestämmelser.
7. Arbetsplatsen ger utlåtande över arbetsprövningen.
8. Övriga villkor

Övrigt

Underskrifter

Arbetsplatsens representant	Person som arbetsprövar	AMS representant
Ort och datum		