

Fylls i av arbetstagaren

Arbetsplats	Datum	Tidpunkt
	Assistanschef	
Assistentens namn (anmälaren)		

Beskrivning av händelseförloppet

Har liknande tillbud inträffat tidigare?

Ja Vet ej
Nej Datum

Fylls i av arbetsgivaren

Åtgärder	Ansvarig	Klart till	Klart