

Zakres informacji zawartych w IPR

## INDYWIDUALNY PROGRAM REHABILITACJI

Z DNIA .....

.....  
NUMER PROGRAMU

### 1. Dane personalne niepełnosprawnego pracownika

.....  
IMIE I NAZWISKO

DATA URODZENIA

		-			-				
DZIEŃ			MIESIĄC			ROK			

.....  
ODDZIAŁ

Nazwisko imię i stanowisko bezpośredniego przełożonego

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

WPISAĆ NUMER PESEL

.....  
NUMER TELEFONU

.....  
ADRES ZAMELDOWANIA

### 2. Diagnoza sytuacji zawodowej niepełnosprawnego pracownika

Opis sytuacji zawodowej pracownika:

- **wykształcenie** .....

- *przygotowanie zawodowe* .....
- *dodatkowe kwalifikacje* .....
- *rodzaj, stopień niepełnosprawności* .....
- *okres niepełnosprawności* .....
- *schorzenia współistniejące* .....
- *zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze*.....
- *zajmowane stanowisko pracy*.....
- *etat* .....
- *czy praca zmianowa (w jakich godz.)* .....
- *od kiedy pracuje na tym stanowisku*.....
- *lokalizacja stanowiska pracy*.....
- *wyposażenie stanowiska pracy*.....
- .....
- *zakres czynności na stanowisku pracy*.....
- .....
- .....
- .....

**3. Ocena zawodowa i ograniczenia zawodowe pracownika**

*silne strony, jakie czynności zawodowe wykonuje dobrze (nie ma z nimi problemów, trudności)*

.....

.....

.....

.....

.....  
.....

*slabe strony, z jakimi czynnościami zawodowymi ma problemy i jakie są to problemy*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*z czego te problemy (ograniczenia zawodowe) wynikają,*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*czy chce (może) dalej pracować na obecnym stanowisku .....*

.....  
.....  
.....  
.....

***Określenie zakresu zmian (w jaki sposób można przeciwdziałać tym problemom, jak wyeliminować bariery, co zrobić aby pracownik mógł efektywnie dalej pracować)***

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**4. Cel indywidualnego programu rehabilitacji:**

Zmniejszenie ograniczeń zawodowych niepełnosprawnego pracownika

**5. Metody realizacji, harmonogram działań, osoby odpowiedzialne:**

Założony cel zostanie osiągnięty dzięki zastosowaniu następujących działań:

l.p.	Metoda (działanie)	Termin realizacji	Osoba odpowiedzialna
1			
<u>2</u>			
3			
4			

5			
6			
7			

**Termin rozpoczęcia programu:**.....

**Terminy ocen okresowych:** .....

**Termin zakończenia programu:** .....

**Podpisy członków Komisji ds. IPR**

1. lekarz lub pielęgniarka – przewodniczący komisji .....
2. osoba zajmująca się problematyką rehabilitacji u pracodawcy .....
3. doradca zawodowy.....

**OŚWIADCZENIE**  
**O UCZESTNICZENIU PRZY OPRACOWYWANIU I PRZYGOTOWANIU**  
**PROGRAMU INDYWIDUALNEGO**

Ja niżej podpisana(y) .....  
legitymująca(y) się dowodem osobistym seria..... numer  
..... oświadczam, że uczestniczyłam(em) w  
opracowywaniu i przygotowaniu indywidualnego programu rehabilitacji w celu zmniejszenia  
moich ograniczeń zawodowych.

Data

.....

.....

**imię i nazwisko (czytelnie)**

.....

**podpis**