# Drogtestning Datum: ÅÅÅÅ-MM-DD

**Medarbetarens namn:** **Personnummer:**

**Chefens namn:**

## Orsak

Arbetsgivaren har en stark misstanke om att Medarbetarens Namnden Datum har varit påverkad av alkohol eller droger under arbetstid. Med anledning av detta har ansvarig chef beslutat att drogtesta medarbetaren omedelbart.

Drogtestning genomfördes Datumav:

[ ]  Egen alkomätare på Söderköpings kommun

[ ]  Företagshälsovård Falck

Drogtestets resultat:

[ ]  Positivt resultat av alkohol

[ ]  Negativt resultat av alkohol

[ ]  Positivt resultat av droger

[ ]  Negativt resultat av droger

Vid påverkan av alkohol, hur många promille visade resultatet: XX

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Chefens namn**