

Uppgifter om den sökande

Namn		Personnummer (ÅÅMMDD-XXXX)
Utdelningsadress		
Postnummer	Postort	
Telefonnummer	E-postadress	

Ansökan om

Tillgodoräknande av styrkta kunskaper från en utbildning genomförd enligt:		
Del-147-organisation <input type="checkbox"/>	Annan utbildning <input type="checkbox"/>	
Kategori/Subkategori		
A2 <input type="checkbox"/>	A2 <input type="checkbox"/>	A3 <input type="checkbox"/>
A4 <input type="checkbox"/>	B2 <input type="checkbox"/>	B1.1 <input type="checkbox"/>
B1.2 <input type="checkbox"/>	B1.3 <input type="checkbox"/>	B1.4 <input type="checkbox"/>
B3 <input type="checkbox"/>		
Enskilda moduler <i>OBS! Vid ansökan om enskilda moduler ska även Kategori/Subkategori fyllas i</i>		
M1 <input type="checkbox"/> M2 <input type="checkbox"/> M3 <input type="checkbox"/> M4 <input type="checkbox"/> M5 <input type="checkbox"/> M6 <input type="checkbox"/> M7 <input type="checkbox"/> M8 <input type="checkbox"/> M9 <input type="checkbox"/> M10 <input type="checkbox"/> M11 <input type="checkbox"/> M12 <input type="checkbox"/> M13 <input type="checkbox"/> M14 <input type="checkbox"/> M15 <input type="checkbox"/> M16 <input type="checkbox"/> M17 <input type="checkbox"/>		

Uppgifter om utbildning

Utbildningsinstans	Namn	Tillstånds-/organisationsnummer
Utbildningsintyg <i>OBS! Intyg ska bifogas ansökan</i>	CoR-/intygsnummer	Utskriftsdatum
Utbildningstider	Datum för utbildningens start	Datum för utbildningens slut
	Datum för första examination	Datum för sista examination

Övrig information

--

Underskrift

Datum	Namn
-------	------