

Personuppgifter
Var god texta!

Efternamn	Förnamn	Personnummer (år, mån, dag, nr)
Utdelningsadress	Postnummer och ort	Telefon
e-postadress		Mobiltelefon

Tidigare slutförd utbildning (markera med ett kryss det som gäller dig)

Svensk utbildning <input type="checkbox"/> A - Saknar grundskola <input type="checkbox"/> B - Grundskola/Enhetskola/ Real eller flickskola <input type="checkbox"/> C - Gymnasieskola, högst 2 år <input type="checkbox"/> D - Gymnasieskola, längre än 2 år		<input type="checkbox"/> E - Annan utbildning _____ Utländsk utbildning <input type="checkbox"/> F - Utländsk utbildning, antal år _____
--	--	--

Jag ansöker till följande kurser:

GYMNASIALA KURSER		<input type="checkbox"/>
Engelska	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	Biologi	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>
Matematik	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	Fysik	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>
Naturkunskap	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	Kemi	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>
Religionskunskap	A <input type="checkbox"/>	Geografi	A <input type="checkbox"/>
Samhällskunskap	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	Historia	A <input type="checkbox"/>
Svenska A	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	Psykologi	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>
Svenska som andraspråk	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	Datorkunskap	<input type="checkbox"/>

Till ansökan bifogas:

- Betyg/intyg från tidigare utbildningar.
- Personbevis (om du är skriven på annan ort än Filipstad)

Studievägledning

 Jag önskar samtal med studievägledare Ja Nej Har redan haft samtal

Jag försäkrar att lämnade uppgifter stämmer med verkliga förhållanden:

Datum _____

Sökandes underskrift _____

Skicka din ansökan till:
 Komvux Filipstad
 Box 301
 682 27 FILIPSTAD

 POSTADRESS
 Box 301
 682 27 FILIPSTAD

 BESÖKSADRESS
 Fogdevägen 2
 FILIPSTAD

 TELEFON
 0590-614 16

 E-POST
komvux@filipstad.se

 HEMSIDA
www.filipstad.se/komvux

 FAX
 0590-615 94

Sökande folkbokförd i annan kommun

Jag ansöker om utbildning på Komvux i Filipstad pga.

- Kurserna finns inte i min hemkommun
- Jag arbetar i Filipstad och hinner inte hem i tid till kurserna i min hemkommun
- Jag är elev i Filipstad och önskar avsluta mina studier här
- Annan orsak, ange vilken _____

Du som är skriven på annan ort skall sända denna ansökan till din folkbokföringskommun

Yttrande från din folkbokföringskommun (Ifylles EJ av den sökande)

- Ansökan godkännes och kommunen betalar interkommunala ersättningar
- Ansökan godkänns inte

Ansvarig befattningshavare

Befattning

Stämpel

POSTADRESS
Box 301
682 27 FILIPSTAD

E-POST
komvux@filipstad.se

BESÖKSADRESS
Fogdevägen 2
FILIPSTAD

HEMSIDA
www.filipstad.se/komvux

TELEFON
0590-614 16

FAX
0590-615 94