



# Ansökan Vårdbiträdesutbildning

## Personuppgifter

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Adress	Postnr och ort	Telefon
E-post		

## Nuvarande sysselsättning

- Arbetar
- Studerar
- Annat \_\_\_\_\_

## Slutförd språkundervisning

- SFI, ange nivå \_\_\_\_\_
- Grundläggande sva, ange nivå \_\_\_\_\_

**Modersmål** \_\_\_\_\_

## Har du jobbat inom vården?

- Nej
  - Ja
- Hur länge? \_\_\_\_\_

Övriga upplysningar: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Sökandes underskrift: \_\_\_\_\_

Ansökan skickas till Storumans Lärcentrum, Skolgatan 20, 923 81 STORUMAN