Skolans anteckningar		
grund	gymn	startdatum

ANSÖKAN

Kommunal Vuxenutbildning

Komvux Olofström
Box 304 293 24 Olofström
telefon: 0454-935 12
Besöksadress: Vällaregatan 30, Innovation Park, Bokbacken
e-postadress: komvux@olofstrom.se

Jag önskar påbörja studierna under ..... månad 20.....

PERSONDATA

Personnummer (10 siffror)		
Efternamn	Tilltalsnamn	Telefon arbetet (inkl riktnr)
Utdelningsadress		Telefon bostad (inkl riktnr)
Postnummer	Ort	Mobiltelefon
E-post adress		
Folkbokföringsadress (om annan än ovan angivna) kommun	Postnr Ort	
Modersmål, om annat än svenska	nationalitet	

SYFTE MED STUDIERNA

- ☐ Behörighetskomplettering
- ☐ Inträde på arbetsmarknaden
- ☐ Fortbildning
- ☐ Övrigt / Annat syfte.....

ARBETSFÖRHÅLLANDE

- ☐ Arbetar ☐ heltid ☐ deltid ☐ timanställd
- ☐ Arbetssökande
- ☐ Annat.....

CSN, Sökt studiestöd

- ☐ **HELTID**
- ☐ **DELTID**

TIDIGARE / PÅGÅENDE STUDIER INOM KOMMUNAL VUXENUTBILDNING

☐ Nej	☐ Ja, vid denna skola	☐ Ja, vid .....

TIDIGARE HÖGSTA SLUTFÖRDA UTBILDNING (markera endast din högsta utbildning)

- ☐ Grund-/enhets-/real-/flickskola
- ☐ Gymnasieskola högst 2 år
- ☐ Gymnasieskola 3 år
- ☐ Högskola
- ☐ Folkhögskola
- ☐ Annan utbildning.
- ☐ Utländsk utbildning, antal år.....

KURSER JAG SÖKER TILL

Kurs/kurser höstterminen	poäng	grupp	flex	distans	av brotts datum	Kurs/kurser vårterminen	poäng	grupp	flex	distans	av brotts datum

ANSÖKAN FORTSÄTTER PÅ NÄSTA SIDA!!!!!!!

INDIVIDUELL STUDIEPLAN
SKALL ALLTID FYLLAS I !!!!!!!!

MITT SYFTE/ MITT MÅL MED STUDIERNA!

.....

.....

.....

MIN BAKGRUND! (kort information om tidigare studier och ev. arbete)

.....

.....

.....

☐ jag tror att jag kanske kan behöva extra hjälp med studierna.

Vem / vilka kan skolan kontakta vid akut olycks- eller sjukdomsfall – DAGTID.

.....

Namn telefonnr.

Underskrift

Datum	Namnteckning

Information. Personuppgiftsregistrering.

Jag godkänner, genom min underskrift, att utbildningsansvarig får registrera mina personuppgifter för utbildningen/verksamheten nödvändig administration, samt att de överförs till CSN om jag ansöker om studiestöd.
Enligt PuL – Personuppgiftslagen (SFS 1998:204) har varje registrerad rätt att få information om vilka uppgifter som registrerats och även enl.28§PuL begära att registrerade uppgifter ändras.
Ansökan om registerutdrag skall göras skriftligen och vara undertecknad av den sökande själv.
Sådan begäran ställs till Olofström kommun, Utbildningskontoret, Box 304, 293 24 Olofström.

Ansökan skall skickas till din hemkommun.

OBS! **Till ansökan skall bifogas:** Kopia av tidigare betyg
Personbevis om du inte tillhör Olofströms kommun

UPPFÖLJNING (anteckningar se separat papper) **SKOLANS ANTECKNINGAR**

datum	