

ANSÖKAN KOMMUNAL VUXENUTBILDNING

Personuppgifter

Namn		Personnummer	
Postadress		Mobiltelefon	
Postnummer	Ort		
E-postadress		Modersmål, om annat än svenska	
Folkbokföringsadress (om annat än ovan angivna)		Postnr	Ort

Syfte med studierna

Arbetsförhållande

Studiefinansiering CSN

<input type="checkbox"/> Behörighetskomplettering <input type="checkbox"/> Inträde på arbetsmarknaden <input type="checkbox"/> Komplettering för examen <input type="checkbox"/> Övrigt / annat syfte.....	<input type="checkbox"/> Arbetar <input type="checkbox"/> heltid <input type="checkbox"/> deltid <input type="checkbox"/> timanställd <input type="checkbox"/> Arbetsökande <input type="checkbox"/> Annat.....	<input type="checkbox"/> HELTID <input type="checkbox"/> DELTID <input type="checkbox"/> ANNAN FINANSIERING
---	---	---

Tidigare / pågående studier vid kommunal vuxenutbildning

<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, vid denna skola	<input type="checkbox"/> Ja, vid.....
------------------------------	--	---------------------------------------

Tidigare högsta slutförda utbildning (markera endast din högsta utbildning)

<input type="checkbox"/> Grundskola	<input type="checkbox"/> Gymnasieskola högst 2 år	<input type="checkbox"/> Gymnasieskola 3 år	<input type="checkbox"/> Högskola
<input type="checkbox"/> Folkhögskola	<input type="checkbox"/> Annan utbildning	<input type="checkbox"/> Utländsk utbildning, antal år.....	

Kurser jag söker till

Kurs/ kurser höstterminen	poäng	prio	Kurs/kurser vårterminen	poäng	prio

VUXENUTBILDNINGEN  
OLOFSTRÖM




ANSÖKAN FORTSÄTTER PÅ NÄSTA SIDA

Mitt syfte / mitt mål med studierna

.....
.....
.....
.....

Min bakgrund (kort information om tidigare studier och ev. arbete)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

.....

Namn

Telefonnummer

Underskrift

Datum	Namnteckning
-------	--------------

VUXENUTBILDNINGEN  
OLOFSTRÖM



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.

**Kopia av tidigare betyg skall bifogas i din ansökan!**

Komvux Olofström  
BOX 302  
293 24 Olofström

Telefon: 0454-935 12

E-postadress: [komvux@olofstrom.se](mailto:komvux@olofstrom.se)

Besöksadress: Vällaregatan 30