



ANSÖKAN

Kommunal Vuxenutbildning

Skolans anteckningar		
grund	gymn	startdatum

Komvux Olofström
Box 304 293 24 Olofström

telefon: 0454-935 12

e-postadress: komvux@olofstrom.se

Besöksadress: Vällaregatan 30, Innovation Park, Bokbacken

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

PERSONDATA

Personnummer (10 siffror)		
Efternamn	Tiltalsnamn	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 STUDIERN

- 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

<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"/> Grund-/enhets-/real-/flickskola	<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	grupp	flex	distans	av brotts datum	Kurs/kurser vårterminen	poäng	grupp	flex	distans	av brotts datum

ANSÖKAN FORTSÄTTER PÅ NÄSTA SIDA!!!!!!

