|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANSÖKAN TILL KOMVUX STORFORS**   |  |  | | --- | --- | |  | **Ansökan skickas till:**  **Forsbroskolan**  **Kulturhuset, Centrumplan 1**  **688 29 Storfors** | | | | | | |
| **PERSONUPPGIFTER** | | | | | |
| Namn: | | | Pers nr: | | |
| Adress: | | | Tel arbete: | | |
| Postadress: | | | Mobil nr: | | |
| E-post: | | | Hemkommun: | | |
| **TIDIGARE HÖGSTA SLUTFÖRDA UTBILDNING** | | | | | |
| Grundskola svensk/Utländsk | | | Gymnasieutbildning högst 2 år | | |
| Gymnasieutbildning längre än 2 år | | | Utländsk utbildning, antal år \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Högskoleutbildning \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | Annan utbildning \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Jag söker följande utbildning/Kurser | Dag  Ht Vt | Kväll  Ht Vt | | Distans  Ht Vt | Skolans anteckningar |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
| SYFTE MED STUDIERNA  Läser för examen  Läser för ett yrke  Läser för behörighet till \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Övrigt | | | ÖVRIG INFORMATION  T ex hjälpmedel, handikapp  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| ARBETSFÖRHÅLLANDE  Arbete  Arbetslös | | | FINANSIERING AV STUDIERNA  Studiemedel, söks från CSN  Annan finansiering | | |
| FÖR ATT DIN ANSÖKAN SKA KUNNA BEHANDLAS MÅSTE BETYGSKOPIOR  BIFOGAS | | | OM DU INTE ÄR FOLKBOKFÖRD I STORFORS- LÄMNA ANSÖKAN TILL DIN HEMKOMMUN!  Datum:  Sökandes underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

Ansökan skickas till adress ovan eller till : ann-louise.izindre@storfors.se