



Personuppgifterna i denna blankett registreras och sparas i Köpings kommuns dataregister enligt dataskyddsförordningen.  
För ytterligare information se Köpings kommuns hemsida.

**Personuppgifter**

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Adress		Telefon dagtid
Postadress		Telefon kvällstid
E-postadress		Mobiltelefon

**Tidigare utförd utbildning**

Utbildning <input type="checkbox"/> Läkare <input type="checkbox"/> Sjuksköterska <input type="checkbox"/> Tandläkare <input type="checkbox"/> Annan:	Specialistkompetens  Vilken:	Arbetar du inom den svenska sjukvården? Om ja, var?	Har du arbetat inom den svenska sjukvården? Om ja, var?
Är din yrkeslegitimation godkänd av Socialstyrelsen? <input type="checkbox"/> Ja När blev din legitimation godkänd? <b>Bifoga: Personbevis, kopia av svensk legitimation och betyg/intyg i svenska.</b>			

**Underskrift**

Datum	Namnförtydligande
Underskrift	

**Kostnadsansvarig**

<input type="checkbox"/> Arbetsgivaren åtar sig att svara för kostnaderna för den sökandes utbildning inom SFA-medicin. Utbildningen omfattar studier efter överenskommelse.	
<input type="checkbox"/> Arbetsgivaren åtar sig <b>inte</b> att svara för kostnaderna för den sökandes utbildning inom SFA-medicin.	
Fakturaadress	E-postadress för återkoppling av antagning
Arbetsgivare:	
Arbetsgivarens underskrift	
Datum	Namnförtydligande
Underskrift	
Stämpel:	