# **Umsókn um þátttöku í raunfærnimati**

Vinsamlegast skrifið með prentstöfum.

**Umsækjandi:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nafn : | | | | | | |
| Kennitala: | | | | Netfang: | | |
| Lögheimili: | | | | | | |
| Póstnúmer: | | Sveitarfélag: | | | | |
| Heimasími: | | | GSM: | | Vinnusími: | |
| Aðsetur ef annað en lögheimili: | | | | | | |
| Póstnúmer: | Sveitarfélag: | | | | | |
| Vinnustaður: | | | | | | Starfstími í faginu: |
| Skóli: | | | | | | Annir: |
| Iðngrein sem sótt eru um: | | | | | | |
| Annað sem þú vilt taka fram: | | | | | | |

**Reykjavík**

Staður. Dagsetning.

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Undirskrift umsækjanda. |

**Móttekið:**

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dags./Undirskrift ráðgjafa. |