# **Umsókn um þátttöku í raunfærnimati í hljóðvinnslu**

Vinsamlegast skrifið með prentstöfum.

**Umsækjandi:**

|  |
| --- |
| Nafn :  |
| Kennitala: | Netfang: |
| Lögheimili: |
| Póstnúmer: | Sveitarfélag: |
| Heimasími:  | GSM: | Vinnusími: |
| Aðsetur ef annað en lögheimili:  |
| Póstnúmer: | Sveitarfélag: |
| Núverandi vinnustaður: |
| Starfsreynsla sem tengjast hljóðvinnslu og starfssvið: | Starfstími samtals í faginu:Post Broadcast Stúdío Live  |
| Menntun á hljóðsviði: | Annir: |
| Önnur menntun: |
| Yfirmaður /samstarfsaðili vegna mats á færni:  |
| Annað sem þú vilt taka fram: |

Staður. Dagsetning.

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Undirskrift umsækjanda. |