# **Umsókn um sveinspróf á vegum skóla**

Vinsamlegast skrifið með prentstöfum

|  |
| --- |
| Iðngrein:       |

**Iðnneminn**

|  |  |
| --- | --- |
| Nafn nema:       | Kennitala:      |
| Lögheimili:      | Póstnúmer:      | Sveitarfélag:      |
| Heimasími:       | Vinnusími:      | GSM:      | Netfang:      |
| Aðsetur ef annað en lögheimili:       | Póstnúmer:      | Sveitarfélag:      |

**Skóli / meistari:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nafn skóla:       | Kennitala:       |
| Heimilisfang:       | Póstnúmer:      | Sveitarfélag:      |
| Upphafst. samnings:      | Endir samnings:      | Sími fyrirtæki:      | Starfsþjálfunar fyrirtæki:      |
| Nafn meistara skólans:       | Kennitala:      | Útg. dagur og staður meistarabréfs:      |
| Heimili:       | Póstnúmer:      | Sveitarfélag:      |
| Heimasími:       | Vinnusími:      | GSM:      | Netfang:      |

**Yfirlýsingar, fylgigögn og ósk um staðsetningu:**

|  |  |
| --- | --- |
|    Greiðsluyfirlit frá lífeyrissjóði |    Ljósrit af námssamningi |
|    Ljósrit af útskriftarskírteini | Hvar á landinu óskast sveinspróf tekið:      |

Ég undirritaður votta hér með að iðnnámi nemans er lokið.

Óskað er eftir að ofanskráður nemi verði tekinn til sveinsprófs.

Staður. Dagsetning.

Undirskrift meistara.