# **Umsókn um sveinspróf vegna endurtöku**

Vinsamlegast skrifið með prentstöfum

|  |
| --- |
| Iðngrein: |

**Umsækjandinn:**

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

**Upplýsingar um :**

|  |  |
| --- | --- |
| Hvenær farið í  sveinspróf síðast: | Sveinsprófsþættir sem er ólokið: |

**Ósk um staðsetningu sveinsprófs:**

|  |
| --- |
| Hvar á landiunu óskast sveinspróf tekið: |

Ég undirritaður óska hér með eftir því að vera tekinn til sveinsprófs

     

Staður. Dagsetning.

Undirskrift nema