# **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