



Ansökan till Kombination VÅRD

Inriktning (kryssa i vilken fördjupning du vill läsa mot)

Hälso- och sjukvård/akutsjukvård

Funktionsnedsättning

Psykiatri

Äldreomsorg

Personuppgifter (skriv tydligt)

Personnummer (ååmmdd-xxxx) Kryssa i om du har skyddad identitet <input type="checkbox"/>	Hemland	Första språk	När kom du till Sverige?
Förnamn	Efternamn		
Gatuadress	c/o		
Postnummer	Postadress	Telefon hem	
E-post (Skriv tydligt, för du kommer att bli kontaktad via epost)		Mobiltelefon	

Dokumentation

- Bifoga betyg i SFI C / SFI D / Delkursbetyg i Svenska grundläggande

Frågor inför antagning:

1. Har du arbete idag? Skriv vilket jobb du har och hur många procent du arbetar, t ex *tidningsutdelare, 50%*

.....

2. Hur många år har du gått i skola i ditt hemland?

.....

3. Har du tidigare erfarenhet av att arbeta inom vården?

.....

Underskrift

Datum och underskrift	Namn med stora bokstäver
-----------------------	--------------------------

OBS! Om du inte bor i Tyresö kommun, behöver din hemkommun godkänna dina studier på Kombination Vård. Se nästa sida.

Skicka ansökan till
Kombination Vård, C3L
Farnarstigen 7
135 36 Tyresö



Ansökan om interkommunal ersättning

Detta dokument ska fyllas i av den sökandes hemkommun och skickas tillsammans med ansökan till C3L.
Utan hemkommunens godkännande kan ansökan inte behandlas.

Sökandes namn	Kommun
Beslut om interkommunal ersättning	
<input type="checkbox"/> Hemkommunen beviljar studier på Kombination Vård	<input type="checkbox"/> Hemkommunen beviljar ej studier på Kombination Vård
Grund för beslut (endast vid nekande)	
Underskrift av beslutsfattare	Datum för beslut
Namnförtydligande och kontaktuppgifter till beslutsfattare	

Ifylles vid beviljande

Faktureringsadress