



# Ansökan till SFY 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"/>	Heimland	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 SFY Vård. Se nästa sida.**

Skicka ansökan till  
SFY Vård, C3L  
Farmorstigen 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 SFY Vård <input type="checkbox"/> Hemkommunen beviljar ej studier på SFY Vård	
Grund för beslut (endast vid nekande)	
Underskrift av beslutsfattare	Datum för beslut
Namnförtydligande och kontaktuppgifter till beslutsfattare	

## Ifylles vid beviljande

Faktureringsadress
--------------------