



ÖREBRO

# Ansökan till Lärvux

## Lärningsutbildning

Den sökande

Efternamn	Förnamn	Personnummer (år, mån, dag, nr)
Gatuadress		Postnummer
		Postadress
Telefon Bostaden	Mobiltelefon	Folkbokföringskommun

Söker till följande utbildning.

<input type="checkbox"/> Vård och omsorg
<input type="checkbox"/> Handel
<input type="checkbox"/> Gods och lager

Min nuvarande sysselsättning

<input type="checkbox"/> Studier .....
<input type="checkbox"/> Arbete/praktik/daglig verksamhet .....
<input type="checkbox"/> Arbetslös .....
<input type="checkbox"/> Sjukskriven .....
<input type="checkbox"/> Annat .....

Tidigare skolgång. Bifoga betyg.

<input type="checkbox"/> Grundsärskola	<input type="checkbox"/> Grundskola
<input type="checkbox"/> Gymnasiesärskola	<input type="checkbox"/> Gymnasieskola
<input type="checkbox"/> Folkhögskola	<input type="checkbox"/> Annat

Underskrift

Datum för anmälan	Den sökandes namnteckning
-------------------	---------------------------

Behjälplig med ansökan

I egenskap av	Namn	Telefon
---------------	------	---------

Ansökan skickas till nedanstående adress

**Komvux, Örebro kommun**  
Box 32180  
701 35 Örebro

**Besöksadress**  
Hagagatan 53  
70346 Örebro

**Servicecenter**  
Tel 019-21 10 00

**e-post**  
larvux@orebro.se