

Umsókn um nám á sjúkraliðabru

Dagskóli ☐

Kvöldskóli ☐

Nafn: _____ Kt. _____

Heimilisfang: _____

Póstnr: _____ Staður _____

Sími: _____ Farsími: _____ Netfang: _____

Eftirtalin gögn verða að fylgja með umsókninni:

- ☐ Vottorð um 3 ára starfsreynslu umsækjanda við umönnun aldraðra, sjúkra eða fatlaðra
- ☐ Vottorð að umsækjandi sé starfandi við umönnun og meðmæli frá vinnuveitanda
- ☐ Staðfesting á að umsækjandi hafi lokið starfstengdum námskeiðum á vegum stéttarfélaga, sveitarfélaga eða annarra aðila að lágmarki 230 stundir.

Athugasemdir stjórnenda FB

Umsókn er:

☐ Samþykkt

☐ Hafnað

Dagsetning: _____

Umsókn berist til fagstjóra sjúkraliðabrautar eða áfangastjóra
Fjölbrautaskólans í Breiðholti, Austurbergi 5, 111 Reykjavík