



# KURSANMÄLAN

## Frivilligutbildning för avtalspersonal

### 1 Personuppgifter

Efternamn och samtliga förnamn		Yrke/Titel	Personnummer
Utdelningsadress		Telefon bostaden inkl riktnr	Telefon arbetet inkl riktnr
Postnummer	Postort	Ev tidigare efternamn	Mobiltelefonnummer
E-post	Födelseort	Medborgarskap <input type="checkbox"/> svenskt fr o m	Ev tidigare medborgarskap
Frivilligorg	Förbund/Distrikt	Kår	
Arbetsgivare (även adress)			

### 2 Kompletterande uppgifter avseende utländsk (dubbelt medborgarskap) eller f.d utländsk medb.

Tidigare medborgarskap	Födelseort (land och ort)
Senaste postadress i hemlandet	Passnummer på tidigare hemlandspass

### 3 Avtalsförhållanden

Heltidsavtal <input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> Ego <input type="checkbox"/> Hv <input type="checkbox"/>		Deltidsavtal <input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/>		Försvarsgren <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> FV		Totalförsvarmynd/Förband	
---	--	--	--	---	--	--------------------------	--

### 4 Anmälan

Central utbildning		Lokal/Regional utbildning		
Alt	Kurs	Tjgr	Kursplats	Kurstid
1				
2				

Avtalsmyndighet/Avtalsorg förordnar m h t utbildningsbehovet  Alt 1  Alt 2

### 5 Genomförd och /eller pågående utbildning

Kurs	År	Betyg	Kurs	År	Betyg
Pågående/Planerad utbildning					
Beräknas slut v.		Genomförd RU efter senaste GU Antal dagar		Genomförd RU efter senaste GU Antal dagar	

### 6 Övriga uppgifter

<input type="checkbox"/> Skolutbildning <sup>1)</sup>	<input type="checkbox"/> Närmast anhörig <sup>1)</sup>	Längd cm	Vikt kg	<sup>1)</sup> Se omstående sida av ex 1, för komplettering	
Datorvana <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Körkortsklass (obl uppg för SKBR)	Mil förarbevis (typ/färg)		Gäller t o m	

### 8 Underskrifter

OBS! Fyll även i 7 Hälsotillstånd på sid 2.

#### Sökande

Försvarsmakten och din frivilligorganisation är ansvariga för behandlingen av de personuppgifter du lämnar i din kursanmälan. Ändamålet med behandlingen är administration av ditt deltagande i kursverksamheten. Uppgifterna kan komma att lämnas ut till allmänheten enligt reglerna om allmänna handlingars offentlighet i 2 kap. tryckfrihetsförordningen.

Jag ger mitt samtycke till att registerkontroll görs enligt säkerhetskyddslagen

Datum  Sökandes underskrift

#### Vårdnadshavare (gäller för sökande som ej fyllt 18 år)

Datum  Vårdnadshavarens underskrift

Utbildning och tecknande av avtal som frivilligpersonal för totalförsvaret medges

### 9 Yttrande

<b>Kår</b> Datum	Utbildning för avtal <input type="checkbox"/> Tillstyrker <input type="checkbox"/> Avstyrker, pga	Namnteckning av Kår	
<b>Förbund</b> Datum	Utbildn för heltidsavtal <input type="checkbox"/> Tillstyrker <input type="checkbox"/> Avstyrker, pga	Utbildn för deltidssavtal <input type="checkbox"/> Behörig <input type="checkbox"/> Ej behörig, pga	Namnteckning av Förbund/Avdelning
<b>Avtals- myndighet</b> Datum	Utbildn för heltidsavtal <input type="checkbox"/> Tillstyrker <input type="checkbox"/> Avstyrker, pga	Utbildn för deltidssavtal <input type="checkbox"/> Behörig <input type="checkbox"/> Ej behörig, pga	Namnteckning av Avtalsmynd/Samverkande mynd

M7102-820540 Utgåva 13 (HKV GRO FRIV) 2005-04 10 000x4

## 7 Hälsotillstånd m m

<input type="checkbox"/> Är fullt frisk	<input type="checkbox"/> Är <i>inte</i> fullt frisk	<input type="checkbox"/> Läkarintyg bifogas (konfidentiellt)	
Normal hörsel <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Normalt färgseende <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Normal syn <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Synintyg bifogas <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

## 6 Forts Skolutbildning

Genomgången/Pågående skolutbildning	Examen år	Beräknas klar år
-------------------------------------	-----------	------------------

## 6 Forts Närmast anhöriga (anträffbara under kurstiden)

Namn	Släktskap e d	Telefon dagtid inkl riktnr	Telefon kvällstid inkl riktnr
Adress	Postnr	Postort	
Namn	Släktskap e d	Telefon dagtid inkl riktnr	Telefon kvällstid inkl riktnr
Adress	Postnr	Postort	

## Övrigt

Ev meddelande
---------------

## 10 Beslut

<b>Antagande instans</b>	Inkom datum	Antagande instans
	<input type="checkbox"/> Antas .....	
	<input type="checkbox"/> Antas ej p g a .....	
	<input type="checkbox"/> Återbud/Ansökan återtagen	
		(Sign)

## 11 Redovisning

<b>Utbildningsmyndighet</b>	<input type="checkbox"/> Återbud <input type="checkbox"/> Uteblivit <input type="checkbox"/> Avbrutit kursen	Utbildningsmyndighet
	<input type="checkbox"/>	
	Ev anmärkning	
		(Sign)