



TINN KOMMUNE
Enhet for voksenopplæring

SØKNAD OM BASISKOMPETANSE FOR VOKSNE

Etternavn:	Fornavn:
Adresse:	
Postnummer:	Poststed:
Fødselsnummer(11 siffer):	
Telefon:	Mobiltelefon:
Epost:	
Hjemkommune:	Morsmål:

Jeg ønsker   delta i følgende fag:

	Dag:	Kveld
Lesing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skriving	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regning:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TIDLIGERE SKOLEGANG	
Grunnskole:	
Antall �r:	Fullført �r:
Skole/opplæringssted	

Videregående skole:	
Antall �r:	Studieretning:
Skole/opplæringssted	

Annen utdanning:

ARBEIDSERFARING:

Spesielle forhold skolen må ta hensyn til:(For eksempel synshemming, hørselshemming, medisinske vansker , annet):

Dato/sted

Underskrift