

**Utbildningsort:**Patron Pehrs väg 8  
Huddinge**Ansökan skickas till:**Vux Huddinge  
141 85 Huddinge**PERSONUPPGIFTER/PERSONALS**

Födelsedata/ <i>Date of birth</i>		Folkbokföringskommun/ <i>Municipality</i>
Efternamn/ <i>Family name</i>		Förnamn/ <i>First name</i>
Gatuadress/ <i>Mailing address</i>		c/o
Postnummer/ <i>Postal no.</i>	Postadress/ <i>City</i>	E-postadress/ <i>E-mail</i>
Medborgarskap/ <i>Citizenship</i> <input type="checkbox"/> Svenskt <input type="checkbox"/> Annat, vilket land?	Ankomst till Sverige/ <i>Arrival to Sweden?</i>	Telefon hem/ <i>Telephone home</i>
		Mobil/ <i>Mobile</i>

**TIDIGARE SLUTFÖRD UTBILDNING/PREVIOUSLY COMPLETED EDUCATION**

Har du läst svenska tidigare? <i>/Have you studied Swedish before?</i> <input type="checkbox"/> Ja/ <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Nej/ <i>No</i>  Om Ja, hur länge? <i>/If yes, for how long?</i>	Kryssa för de kurser du har betyg i: <i>/Tick the courses you have scores in:</i> <input type="checkbox"/> SFI C <input type="checkbox"/> SVA 1 Gymnasienivå <input type="checkbox"/> SFI D <input type="checkbox"/> SVA 2 Gymnasienivå <input type="checkbox"/> Grundläggande SVA delkurs 1 <input type="checkbox"/> SVA 3 Gymnasienivå <input type="checkbox"/> Grundläggande SVA delkurs 2 <input type="checkbox"/> Grundläggande SVA delkurs 3 <input type="checkbox"/> Grundläggande SVA delkurs 4 <input type="checkbox"/> Inga betyg/ <i>No grades</i>
Utländsk utbildning/ <i>Previous education outside of Sweden</i> <input type="checkbox"/> Läkare/ <i>Medical Doctor</i> Specialisering/ <i>Specialization</i> : ..... <input type="checkbox"/> Sjuksköterska/ <i>Nurse</i> Specialisering/ <i>Specialization</i> : ..... <input type="checkbox"/> Tandläkare/ <i>Dentist</i> <input type="checkbox"/> Apotekare/ <i>Pharmacist</i> <input type="checkbox"/> Fysioterapeut/ <i>Physiotherapist</i> <input type="checkbox"/> Dietist/ <i>Dietitian</i>	Har du gjort en ansökan för att få din utbildning granskad av Socialstyrelsen? <i>/Have you made an application to have your education reviewed by the National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen)?</i> <input type="checkbox"/> Ja/ <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Nej/ <i>No</i> <input type="checkbox"/> Pågående ansökan/ <i>Pending application</i>  Ärendenummer/ <i>Case number</i> : .....

**DOKUMENTATION**

1. Kopia på diplom översatt till engelska eller svenska.
2. Betyg/intyg på tidigare studier i svenska
3. Godkännande från din hemkommun
4. Beslut från Socialstyrelsen (om möjligt)

**DOCUMENTS REQUESTED**

1. Copy of your diploma translated into Swedish or English
2. Grades/certificate from previous studies in Swedish (if possible)
3. Approval from your municipality of residence
4. Decision from Socialstyrelsen (if possible)

**UNDERSKRIFT/Signature**

Datum/ <i>Date</i>	Namnteckning/ <i>Signature</i>
	Namnförtydligande/ <i>Name in block letters</i>



Du som inte är folkbokförd i Huddinge kommun måste få ett godkännande från din hemkommun.  
*If you are not a resident of Huddinge municipality, your home municipality must approve your application.*

**IFYLLES AV HEMKOMMUNEN** (För dig som inte är folkbokförd i Huddinge kommun)

<input type="checkbox"/>	Hemkommunen åtar sig att svara för kostnaderna för den sökandes utbildning inom SFM. Utbildningen omfattar heltidsstudier från SFI C till och med SVA 3 samt kurser i medicinsk yrkessvenska.
<input type="checkbox"/>	Hemkommunen svarar EJ för kostnaderna för elevens utbildning.
Motivering .....	
.....	
Fakturaadress .....	
E-post för återkoppling vid antagning .....	
För.....kommun	
.....	.....
<i>Datum och Namnunderskrift</i>	<i>Namnförtydligande</i>

Hemkommunen ansvarar för att informera den sökande om eventuella avslag.
<b>Efter godkännande ska hemkommunen skicka ansökan till:</b>
SFM, Vux Huddinge
Patron Pehrs väg 6
141 85 Huddinge