

ANSÖKAN OM UTBILDNING TILL FLYGLEDARE

Ansöker även till Reservofficer/Flygledare

Personuppgifter (Dessa uppgifter kommer att databehandlas för att underlätta kommande kontakter).

_____	_____	_____
Efternamn	Förnamn	Personnummer
_____	_____	_____
Adress	Postnummer	Ort
_____	_____	_____
Telefon	Mobil	E-mail
_____	_____	_____
Medborgarskap:	Svenskt <input type="checkbox"/>	Annat <input type="checkbox"/>

Hälsotillstånd

	JA	NEJ
Fullt frisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalt färgseende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normal hörsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normal syn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Använder du korrektionsglas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du använder glasögon eller linser, skall bifogat intyg (se baksidan) vara ifyllt av optiker eller ögonläkare. Intyget får ej vara äldre än tre månader.

Värnpliktsförhållanden

	JA	NEJ	Befattning
Jag har mönstrat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Jag fullgör nu GMU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Jag har fullgjort GU (VPL el. GMU)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Är uttagen i utbildningsreserven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Tidigare test till flygledare

Har genomgått test till flygledare hos LfV. Testad år/mån: _____

Har genomgått FEAST-tester i annat land. Testad år/mån: _____

Land: _____

Genomgången skolutbildning

	Linje/Gren	Bilaga
<input type="checkbox"/> 3-4-årig gymnasielinje	_____	_____
<input type="checkbox"/> 3-4-årigt gymnasieprogram	_____	_____
<input type="checkbox"/> Annan gymnasial utbildning (t.ex. KomVux)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Övrig skolutbildning	_____	_____

Tidigare anställningar

Anställning	Bilaga
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Datum

Underskrift

OBS! Ansökan är inte giltig utan din underskrift.

Ifylls av optiker om du använder glasögon eller linser

VISUS-INTYG (ej äldre än 3 månader)

Synskärpa, med och utan korrektion	Refraktion
Höger: <u>med korr.</u> _____ <u>utan korr.</u> _____	Höger Sf: _____ Cyl: _____ Ax: _____
Vänster: <u>med korr.</u> _____ <u>utan korr.</u> _____	Vänster Sf: _____ Cyl: _____ Ax: _____
Höger + Vänster: <u>med korr.</u> _____	

Optikers intygande
Gäller för
Namn:
Personnr:

Datum

Underskrift av optiker eller ögonläkare

Namnförtydligande eller stämpel

Skicka din ansökan inklusive betyg/intyg till:

**LFV Utbildning / NRF
Box 54
230 32 Malmö-Sturup**