

UMSÓKN UM SVEINSPRÓF Í FLUGVÉLAVIRKJUN

Iðngrein:.....

Nafn umsækjanda:.....

Kt.:.....Heimilisfang:.....

Sveitarfélag:.....

Heimasími:.....Vinnusími:.....GSM:.....Netfang:.....

Hjálagt fylgir:

1. Frumrit af burtfararskírteini og sundurliðað einkunnarblað frá viðurkenndum skóla í flugvirkjun þar sem fram koma allar námsgreinar.
2. Vinnuvottorð (FORM FN-1), þar sem fram kemur öll vinna við flugvéla viðhald eftir lok flugvirkjaskóla, undirritað af meistara eða forstöðumanni við viðkomandi viðhaldsstöð.

Yfirlýsing, fylgigögn og ósk um töku til sveinsprófs:

Ég undirritaður óska hér með eftir því að verða tekinn til sveinsprófs

Staður

Dags.

Undirskrift umsækjanda.

Dagsetning: _____.

Nafn nema: _____.

STARFSTÍMI FYRIR SVEINSPRÓF

Vinnustaður/Fyrirtæki: _____

Heimilisfang: _____

Símanúmer: _____ Fax/Netfang: _____

Athugasemd: Þetta Form skal fyllt út af vinnuveitanda.
Aðeins eitt Form skal notað fyrir hvern vinnuveitanda.

Hér að neðan skal skrá þann tíma sem viðkomandi nemi hefur unnið við flugvirkjastörf.

Ef nemi hefur ekki verið í samfelldri vinnu skal það tekið fram í athugasemdum, t.d. vinnustundir á viku og skólastundir á viku.

Dags./mán./ár	Dags./mán./ár	Athugasemdir.
Frá: ___/___/___	Til: ___/___/___	_____.
Frá: ___/___/___	Til: ___/___/___	_____.
Frá: ___/___/___	Til: ___/___/___	_____.
Frá: ___/___/___	Til: ___/___/___	_____.

Tæknistjóri eða meistari.

_____.

Undirskrift.

_____.

Nafn í skrifstöfum.

_____.

Fyrirtækjastimpill.

Date: _____.

Name of student: _____.

PERIOD OF WORK UNDERTAKEN BEFORE JOURNEYMAN'S EXAMINATION.

Employer/organisation: _____

Address: _____

Telephone number: _____ Fax/E-mail: _____

Note: This Form shall be filled out by the employer.
Only one form shall be used for each employer.

The period of aircraft maintenance engineering undertaken by the student in question shall be registered below.

If the employee has not been employed on a continuing basis, this shall be stated in the commentary, for example, hours of work or class attendance per week.

Date/Month/Year	Date/Month/Year	Comments:
From: ___/___/___	Until: ___/___/___	_____.
From: ___/___/___	Until: ___/___/___	_____.
From: ___/___/___	Until: ___/___/___	_____.
From: ___/___/___	Until: ___/___/___	_____.

Technical director or master.

Signature.

Name in capital letters.

Company stamp.