



Søknad om opplæring for voksne minoritetsspråklege

Personalialia	
Etternamn:	
Førenamn:	
Nasjonalitet	
Fødselsnr:	
Adresse:	
Postnr og -stad:	
Mobilnr:	
E-post:	

Dag	Kveld	Søknaden gjeld (set kryss)
		Norsk for voksne minoritetsspråklege - A1/A2
		Norsk for voksne minoritetsspråklege - A2/B1
		Norsk for voksne minoritetsspråklege - B1/B2

Utdanning og arbeid

Høgaste utdanning	Yrke/arbeidsstad i Norge

Eventuelt andre opplysningar (t.d. språknivå norsk):

--

Underskrift

Dato/stad:	Underskrift:

Søknad skal sendast til:

Ullensvang kommune
v/ Vaksenopplæringa
Opheimsgata 31, 5750 ODDA
postmottak@ullensvang.kommune.no