

Personuppgifter

Efternamn, samtliga förnamn (stryk under det förnamn du använder)		Personnummer eller födelsedatum
Adress		Telefonnummer
Postnummer	Ort	Kön <input type="checkbox"/> Kvinna <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Annat
Land		
E-postadress		

Jag ansöker om granskning som

<input type="checkbox"/> Apotekare	<input type="checkbox"/> Fysioterapeut	<input type="checkbox"/> Optiker	<input type="checkbox"/> Sjukhusfysiker
<input type="checkbox"/> Arbetsterapeut	<input type="checkbox"/> Hälso- och sjukvårdskurator	<input type="checkbox"/> Ortopedingenjör	<input type="checkbox"/> Sjuksköterska
<input type="checkbox"/> Audionom	<input type="checkbox"/> Kiropraktor	<input type="checkbox"/> Psykolog	<input type="checkbox"/> Tandhygienist
<input type="checkbox"/> Barnmorska	<input type="checkbox"/> Logoped	<input type="checkbox"/> Psykoterapeut	<input type="checkbox"/> Tandläkare
<input type="checkbox"/> Biomedicinsk analytiker	<input type="checkbox"/> Läkare	<input type="checkbox"/> Receptarie	
<input type="checkbox"/> Dietist	<input type="checkbox"/> Naprapat	<input type="checkbox"/> Röntgensjuksköterska	

Din utbildning

Har du gått grundskola?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Startår	Slutår	Antal år	Utbildningsland
Har du gått gymnasium?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Startår	Slutår	Antal år	Utbildningsland
Har du gått en utbildning efter gymnasiet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej				

<input type="checkbox"/> Universitet/högskola	<input type="checkbox"/> Yrskeskola	<input type="checkbox"/> Annat	Skolans namn,ort
Examen	Examensår		
Startår	Slutår	Antal år	Utbildningsland
Datum när du fick legitimation/registrering i utbildningslandet			

Har du fått legitimation/registrering i ett annat land än där du har utbildat dig?	<input type="checkbox"/> Ja År	<input type="checkbox"/> Nej Land
--	--------------------------------	-----------------------------------

Har du arbetat i yrket efter din examen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
--	-----------------------------	------------------------------

Arbetsgivare	Yrke	Period (ÅÅMMDD-ÅÅMMDD)

Skicka med följande dokument med blanketten

<input type="checkbox"/> En kopia av giltigt svenskt ID-kort eller en kopia av ditt giltiga pass
<input type="checkbox"/> En kopia av dokument om avslutad utbildning, till exempel ett examenbevis eller diplom
<input type="checkbox"/> En kopia av dokument som beskriver vilka kurser du har läst och hur lång din utbildning var
<input type="checkbox"/> En kopia av dokument om namnbyte om du har bytt namn efter att du gått din utbildning.

Alla utbildningsdokument ska vara både på originalspråk och översatta till svenska eller engelska. Översättningen ska vara gjord av en auktoriserad översättare. Översättningen kan göras i alla länder.

Har du ansökt tidigare?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Jag tillåter att Socialstyrelsen och Universitets- och högskolerådet tar kontakt med min högskola och den ansvariga myndigheten i det land där jag fått min utbildning. I agree that the Swedish National Board of Health and Welfare and the Swedish Council for Higher Education may contact my educational institution and the competent authority in the country where I was educated.
<input type="checkbox"/> Ja (Yes) <input type="checkbox"/> Nej (No)

Jag intygar att jag har lämnat riktiga uppgifter i min ansökan

Datum	Underskrift
-------	-------------