



UMSÓKN UM STARFSÞJÁLFUNARLEYFI

Stjórnsýsla rannsókna
RHA
Borgum
600 Akureyri
Sími: 460-8900
Fax: 460-8919

Nafn: _____ Kennitala: _____

Starfsheiti: _____ Sími: _____

Deild/Stofnun: _____

Starfsmaður H.A. frá: _____ Tölvupóstfang: _____

Síðasta starfsþjálfunarleyfi: _____

Skýrsla frá síðasta starfsþjálfunarleyfi: _____

Tímabil sem sótt er um: _____

Þar af erlendis: _____ Tímabilið: _____

Dvalarstaður erlendis: _____

Styrkir frá öðrum aðilum í starfsþjálfunarleyfinu: _____

Tegund starfsþjálfunar: _____

Lýsing á fyrirhugaðri starfsþjálfun í grófum dráttum: _____

Undirskrift:

Undirskrift umsækjanda

Dagsetning

Staðfesting deildar/stofnunar