

BILAGA 1 - ANSÖKAN OM BEFRIELSE FRÅN PRAKTISK SVETSUTBILDNING

Intyg över erfarenhet av praktiska svetskunskaper

Härmed intygas att:

Namn:	Personnr:
Företag:	Telefon:

Har minst 6 månaders yrkeserfarenhet av svetsning med respektive metod

Markera med kryss	Ja	Nej
Gassvetsning		
Metallbågssvetsning		
MIG/MAG svetsning		
TIG svetsning		

Ansvarig chef:
Befattning:

Datum

Underskrift (ansvarig chef)