# **Umsókn meistara/fyrirtækis um sveinspróf fyrir nema**

Vinsamlegast skrifið með prentstöfum

|  |
| --- |
| Iðngrein:       |

**Iðnneminn**

|  |  |
| --- | --- |
| Nafn nema:       | Kennitala:      |
| Lögheimili:      | Póstnúmer:      | Sveitarfélag:      |
| Heimasími:       | Vinnusími:      | GSM:      | Netfang:      |
| Aðsetur ef annað en lögheimili:      | Póstnúmer:      | Sveitarfélag:      |

**Meistari/iðnfyrirtæki:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nafn fyrirtækis:       | Kennitala:       |
| Heimilisfang:       | Póstnúmer:      | Sveitarfélag:      |
| Sími 1:       | Sími 2:       | GSM:      | Netfang:      |
| Nafn meistara:       | Kennitala:      | Útg. dagur og staður Meistarabréfs:      |
| Heimili:       | Póstnúmer:      | Sveitarfélag:      |
| Heimasími:       | Vinnusími:      | GSM:      | Netfang:      |

Ég undirritaður votta hér með að vinnustaðarnámi nemans er lokið.

Óskað er eftir að ofanskráður nemi verði tekinn til sveinsprófs.

Staður. Dagsetning.

Undirskrift meistara