

## ANSØGNINGSSKEMA

## Indstilling af censorer til svendeprøven på ambulancebehandleruddannelsen

Navn: \_\_\_\_\_

Adresse, postnr. og by: \_\_\_\_\_

Telefon i dagtimerne: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Tilknyttet skole: \_\_\_\_\_

Stilling **OG** erfaring (antal års erfaring inkl.): \_\_\_\_\_

Uddannelse: \_\_\_\_\_

Opnået autorisation i (årstal) \_\_\_\_\_ autorisationsnummer \_\_\_\_\_

Virksomhedsnavn: \_\_\_\_\_

Virksomheds adresse, Postnr. og By: \_\_\_\_\_

CVR nr. på virksomheden: \_\_\_\_\_

Er du aktiv i ambulancetjenesten JA  NEJ -  Hvis JA antal år: \_\_\_\_\_**Sæt venligst X i én af nedenstående rubrikker: Skal censor repræsentere:**Arbejdsgiversiden (A):  eller Arbejdstagersiden (B): **Udfyld venligst også nedenstående:****For at opnå godkendelse som EUD Censor fordres der medlemskab af en af flg. organisationer som er repræsenteret i TUR – sæt X:****Arbejdsgiversiden:** DE – Dansk Erhverv Danske Regioner**Arbejdstagersiden:** Fagligt Fælles Forbund - 3F FOA – Fag og Arbejde

Skolelederens underskrift:

Censorens underskrift:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Alle felter skal udfyldes og husk underskrifter herefter retur til TUR via E-boks: CVR.: 12852940**  
**att.: Jane Ellingsen**