

**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
E-postadress		

**Yrke**

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

**Utbildning**

<input type="checkbox"/> Universitet/högskola	<input type="checkbox"/> Gymnasium/yrkesskola	<input type="checkbox"/> Annan utbildning efter gymnasiet/ yrkesskola
Utbildningsland		
Skolans namn, ort		
Examens-/yrkestitel		Examensår
Utbildningens längd i antal år/ terminer	Startår och månad	Slutår och månad
Datum för när du fick legitimation/registrering i utbildningslandet		
Har du fått legitimation/registrering i ett annat land än där du utbildat dig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Om ja, vilket land?

### Grundskola och gymnasieutbildning

Utbildningsland	Antal år i grundskola
	Antal år på gymnasium

### Eventuellt arbete i yrket efter examen

Arbetsgivare	Titel	Period (ÅÅMMDD-ÅÅMMDD)

Du hittar mer information hur du ansöker och vad du ska skicka med på vår webbplats.  
<http://legitimation.socialstyrelsen.se/sv/utbildad-utanfor-eu-och-ees>

Jag tillåter att Socialstyrelsen tar kontakt med min högskola och den ansvariga myndigheten i det land där jag fått min utbildning

Ja  Nej

Jag intygar att jag har lämnat riktiga uppgifter i min ansökan

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