

Skicka ansökan till
Socialstyrelsen
Behörighet
106 30 STOCKHOLM

Personuppgifter

Efternamn, samtliga förnamn (stryk under det förnamn du använder)		Personnummer eller födelsedatum
Adress		Telefonnummer
Postnummer	Ort	Kön ☐ Kvinna ☐ Man ☐ Annat
Land		
E-postadress		

Jag ansöker om granskning som

☐ Apotekare	☐ Fysioterapeut	☐ Optiker	☐ Sjukhusfysiker
☐ Arbetsterapeut	☐ Hälso- och sjukvårdskurator	☐ Ortopedingenjör	☐ Sjuksköterska
☐ Audionom	☐ Kiropraktor	☐ Psykolog	☐ Tandhygienist
☐ Barnmorska	☐ Logoped	☐ Psykoterapeut	☐ Tandläkare
☐ Biomedicinsk analytiker	☐ Läkare	☐ Receptarie	
☐ Dietist	☐ Naprapat	☐ Röntgensjuksköterska	

☐ Avgiften är betald	Datum för betalning
---	---------------------

Har du gått grundskola?	☐ Ja ☐ Nej	Startår	Slutår	Antal år	Utbildningsland
Har du gått gymnasium?	☐ Ja ☐ Nej	Startår	Slutår	Antal år	Utbildningsland
Har du gått en utbildning efter gymnasiet?	☐ Ja ☐ Nej				

☐ Universitet/högskola	☐ Yrkesskola	☐ Annat	Skolans namn, ort
Examen		Examensår	
Startår	Slutår	Antal år	Utbildningsland
Datum när du fick legitimation/registrering i utbildningslandet			

Har du fått legitimation/registrering i ett annat land än där du har utbildat dig?	☐ Ja ☐ Nej	Land
--	--	------

Har du arbetat i yrket efter din examen?

☐ Ja

☐ Nej

Arbetsgivare	Yrke	Period (ÅÅMMDD–ÅÅMMDD)

Skicka med följande dokument med blanketten

☐ En kopia av giltigt svenskt ID-kort eller en kopia av ditt giltiga pass

☐ En kopia av dokument om avslutad utbildning, till exempel ett examenbevis eller diplom

☐ En kopia av dokument som beskriver vilka kurser du har läst och hur lång din utbildning var

☐ En kopia av dokument om namnbyte om du har bytt namn efter att du gått din utbildning.

☐ Ett kontoutdrag eller kvitto som visar att ansökningsavgiften är betald.

Alla utbildningsdokument ska vara både på originalspråk och översatta till svenska eller engelska. Översättningen ska vara gjord av en auktoriserad översättare. Översättningen kan göras i alla länder.

Har du ansökt tidigare?

☐ Ja

☐ Nej

Jag tillåter att Socialstyrelsen och Universitets- och högskolerådet tar kontakt med min högskola och den ansvariga myndigheten i det land där jag fått min utbildning. I agree that the Swedish National Board of Health and Welfare and the Swedish Council for Higher Education may contact my educational institution and the competent authority in the country where I was educated.

☐ Ja (Yes) ☐ Nej (No)

Jag intygar att jag har lämnat riktiga uppgifter i min ansökan

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