



## Ansökan om Gesällprov i Makeupartistyrket

### Personuppgifter sökande

Namn.....

Adress.....

Postnummer/Ort.....

Telefon.....

E-post.....

Personnummer.....

Utbildning/Skola.....

Examensår.....

Medlem i SHR

### Uppgifter om arbete

#### Egen företagare

Företagets namn.....

Adress.....

Telefon.....

Postnr/Ort.....

E-post.....

#### Anställd

Företagets namn.....

Företagets adress.....

Postnr/Ort.....

Telefon.....

Ägare.....

E-post.....

#### Följande intyg ska bifogas ansökan:

Examensintyg och betyg från din Makeupartistutbildning

Intyg som styrker 2000 timmars utbildnings- och arbetstid i yrket.

Datum..... Namnteckning.....

Denna ansökan inklusive intyg och betyg sändes till:

SHR, Dalagatan 60, 113 24 Stockholm eller e-postas till shr@shr.nu

Beviljas  Beviljas ej  Datum.....

Signatur.....

