

PLATSANSÖKAN FÖR LIA STUDERANDENS FÖRSLAG TILL LIA-PLATS

LIA1-10

[Används **vid behov**: Studerande fyller i och inlämnar till ansvarig lärare.]

Examensdel(ar): _____

LiA börjar: _____

LiA slutar: _____

Arbetsdagar: _____

Studieveckor: _____

LiA-innehåll och -mål: _____

STUDERANDE

Namn: _____

Personbeteckning: _____

E-post: _____

Telefon: _____

Hemadress: _____

Utbildningsprogram: _____

Klass: _____

Körkort (typ): _____

LIA-PLATS

LiA-plats (arbetsgivare): _____

Adress: _____

Telefon: _____

Webbadress: _____

Arbetsplatshandledare: _____

Handledarens telefon: _____

Handledarens e-post: _____

Kommande arbetsuppgifter: _____

Datum

Studerandens underskrift

Utlåtande från läraren:

Datum

Ansvarig lärares underskrift

