**Umsókn um álag vegna framhaldsmenntunar sjúkraþjálfara**

**annarra en sérfræðinga**

|  |  |
| --- | --- |
| Nafn   | Kennitala   |
| Heimilisfang  | Sími  |
|  | Tölvupóstfang  |

**Almennar upplýsingar**

**Listi yfir námskeið**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Heiti námskeiða eða námsleið ef diplóma-nám** | **ECTS einingafjöldi**  | **Námskeiðsstundir\*** | **Námskeið hófst** | **Námskeiði lauk** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\*Aðeins ef sótt er um mat á námskeiðsstundum til ECTS eininga samkvæmt reiknireglu í matsreglum.

|  |  |
| --- | --- |
| **Alls ECTS einingafjöldi:** |  |
| **Alls Námskeiðsstundir:** |  |

|  |
| --- |
|  ☐ Staðfest afrit prófskírteinis EÐA ☐ Afrit sem sannar þátttöku í námskeiði |

**Fylgigögn:**

|  |  |
| --- | --- |
| Staður og dagsetning  | Undirskrift |