



INTYG OM *FULLGJORD* YRKESLIVSERFARENHET

Detta intyg har tagits fram som stöd för att få med de uppgifter som krävs för godkännande av ansökan till hippologprogrammet. Blanketten är lämplig att använda för den som skall erhålla ett intyg av sin praktikvärd/arbetsgivare. Den kan också användas som ett underlag för komplettering av uppgifter i gamla intyg. OBS! Vi godtar andra former av intyg, dock med kravet på att uppgifterna är fullständiga enligt anvisningarna. Intygens riktighet kan komma att kontrolleras. **Intyget skall vara inkommet senast den 18 mars. För dig med pågående anställning skall intyget vara inskickat senast den 21 juni. Intyget ska skickas till:**

Antagningen 833 82 STRÖMSUND

PRAKTIKANT/ANSTÄLLD

Namn.....

Pers nr.....

Adress.....

Postnr.....Postadress.....

PRAKTIK-/ARBETSPLATSEN

Namn.....

Adress.....

Postnr.....Postadress.....

Telefon..... Praktikplats godkänd av HYN Nej Ja

PRAKTIKVÄRD/ARBETSGIVARE

Namn och funktion.....

.....Telefon.....

Handledarens (om annan än ovan) namn och funktion.....

.....Telefon.....

PRAKTIK-/ARBETSTID

| fr o m (år ,mån, dag) | t o m (år ,mån ,dag) | Heltid/halvtid (eller annat) | I procent |
|------------------------|-----------------------|------------------------------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

PRAKTIK-/ARBETSPLATSENS VERKSAMHET

(ex stuteri, ridskola e d).....

Antal anställda..... Antal hästar.....ange gärna typ, unghästar hingstar etc.....

Syftet med praktiken.....

SYSSELSÄTTNING INOM PRAKTIK/ARBETE; (kryssa för aktuella uppgifter)

Stalltjänst Hästskötsel Utfodring Munderingsvård

Anläggningsskötsel Unghästantering Visning av häst vid hand

Inridning/-körning Motionsridning/-körning Tävlingsridning/-körning

Biträtt vid enklare hästsjukvård/veterinärbehandlingar

Övrig verksamhet som förekommit under praktiken.....

PRAKTIKVÄRDENS/ARBETSGIVARENS OMDÖME om personen (ej nödvändigt)

.....

.....

Ort Datum

.....

Arbetsgivarens/Praktikvärdens underskrift

Namnförtydligande