

Brunamálaskólinn

Skúlagötu 21
s. 591 6000
elisabet@mvs.is

Óskað er eftir námskeiðinu: _____ í heimabyggð

STAÐUR: _____ Æskileg tímasetning: _____

Fjöldi þátttakenda úr heimabyggð: _____

Áætlaður fjöldi þátttakenda úr öðrum sveitarfélögum: _____

SLÖKKVILÐ: _____

HEIMILISFANG: _____ SÍMI: _____

PÓSTNR.: _____ STAÐUR: _____ FAX: _____

Óskað er eftir þáttöku í eftirfarandi námskeiðum

SLÖKKVILÐ		ELDVARNAEFTIRLIT/STJÓRNANDI	
NÁMSKEIÐ 1 (Samsvarar SLM I – 1. hluta)	Fjöldi:	ELDVARNAEFTIRLIT NÁMSKEIÐ 1	Fjöldi:
NÁMSKEIÐ 2 F.HL. (Samsvarar SLM I – 3. hluta)	Fjöldi:	ELDVARNAEFTIRLIT NÁMSKEIÐ 2	Fjöldi:
NÁMSKEIÐ 2 S.HL. (Samsvarar SLM I – 4. hluta)	Fjöldi:	ELDVARNAEFTIRLIT NÁMSKEIÐ 3	Fjöldi:
NÁMSKEIÐ 3 (Samsvarar SLM I – 2. hluta)	Fjöldi:	STJÓRNANDI HLOTASTARFANDI LIÐS	Fjöldi:
NÁMSKEIÐ 4	Fjöldi:	STJÓRNANDI ATVINNULIÐS	Fjöldi:
		SLÖKKVILÐSSTJÓRI HLOTASTARFANDI LIÐS	Fjöldi:
ATVINNUSLÖKKVILÐSMAÐUR	Fjöldi:		
ÖNNUR NÁMSKEIÐ	Fjöldi:	ÖNNUR NÁMSKEIÐ	Fjöldi:

AÐRAR UPPLÝSINGAR: _____

STAÐUR: _____ / _____ 20 _____

HEIMILISFANG OG PÓSTNR.: _____

SLÖKKVILÐSSTJÓRI: _____

(Undirskrift)