

INTYG OM PRAKTISKA SVETSMETODER

HÄRMED INTYGAS ATT:

Namn:	Personnummer:
-------	---------------

HAR MINST SEX MÅNADERS ARBETSLIVSERFARENHET AV SVETSNING MED RESPEKTIVE METOD:

MARKERA MED KRYSS	JA	NEJ
Gassvetsning		
Metallbågssvetsning (MMA)		
MIG/MAG-svetsning		
TIG-svetsning		

_____ Datum

_____ Underskrift (ansvarig chef))

Ort:	Namnförtydligande:
Telefonnummer:	Befattning:
Företag:	

Skickas till:

Svetsakademin AB

Åredavägen 21,

342 93 HJORTSBERGA

utbildning@svetsakademin.se

Märk kuvertet eller mailet "IWS-Utbildning"