



## Personuppgifter

Efternamn		Alla förnamn		Personbeteckning		
Nuvarande adress		Postnummer	Postanstalt	Telefon	E-post	
Närmaste anhörig		Telefon		E-post		
Information om studier						
<input type="checkbox"/> jag studerar inte		<input type="checkbox"/> jag studerar, skolan är oavslutad, avslutas den _____		<input type="checkbox"/> jag jobbar inte		
<input type="checkbox"/> jag jobbar, var _____		Skolans namn, linje, studieinriktning eller fakultet (detaljerat angivet)				
Nuvarande yrke						
Körkort	Körkortsklass	Om körkort saknas, pågår din körkortsutbildning? Körkortsklass och förarutbildningsskede		Typ av idrott		Idrottsgren, nivå
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej _____		<input type="checkbox"/> proffs-/tävlingsidrottare <input type="checkbox"/> motionsidrottare		
Fritidsaktiviteter						

## Önskemål gällande tjänstgöringen

Jag kommer att söka till: (Om du tänker söka till specialtrupperna ska du göra det genom en separat ansökan.)		Jag önskar inleda tjänstgöringen under de tre på uppbyggnaden följande åren: 1)			Jag önskar som truppförband eller tjänstgöringsort 1)	
<input type="checkbox"/> Fallskärmjägarskolan	<input type="checkbox"/> Specialgränssjägare	1:a året, år _____	2:a året, år _____	3:e året, år _____	1. _____	
<input type="checkbox"/> Idrottsskolan	<input type="checkbox"/> Utbildning inom elektronisk krigföring	<input type="checkbox"/> I kont. januari	<input type="checkbox"/> I kont. januari	<input type="checkbox"/> I kont. januari	2. _____	
<input type="checkbox"/> Flygvapnets beväringsskolor	<input type="checkbox"/> Internationell beredskapsstyrka	<input type="checkbox"/> II kont. juli	<input type="checkbox"/> II kont. juli	<input type="checkbox"/> II kont. juli	3. _____	
<input type="checkbox"/> Militärmusiker	<input type="checkbox"/> Cyberbeväringsskolor				<input type="checkbox"/> vilken som helst	
<input type="checkbox"/> Dykare						

1) Motivering till varför jag önskar tjänstgöra vid ovannämnda truppförband med början från angivna tidpunkt

Efternamn	Alla förnamn
-----------	--------------

## Allmänna uppgifter gällande hälsotillstånd och livsstil

Känner du dig frisk? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Tror du att du kan slutföra tjänstgöringen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> vet ej <input type="checkbox"/> nej	Hur ställer du dig till att genomföra beväringstjänsten? <input type="checkbox"/> gärna <input type="checkbox"/> vet ej <input type="checkbox"/> jag är inte intresserad <input type="checkbox"/> motvilligt
Jag klarar av den fysiska belastningen under beväringstjänstgöringen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> troligen <input type="checkbox"/> vet ej <input type="checkbox"/> nej	Hur bra sover du? <input type="checkbox"/> bra <input type="checkbox"/> problem ibland <input type="checkbox"/> dåligt	Längd _____ cm Vikt _____ kg
Använder du receptbelagda läkemedel? <input type="checkbox"/> regelbundet <input type="checkbox"/> ibland <input type="checkbox"/> nej	Om ja, vilka? _____ Dricker du alkohol? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> några ggr/mån <input type="checkbox"/> några ggr/vecka <input type="checkbox"/> 4 ggr eller mer/vecka	Använder du tobaksprodukter? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja Antal cigaretter eller portioner snus/dygn i medeltal _____ Använder du narkotika? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ibland <input type="checkbox"/> ofta

## Sjukdomar och symptom

Har du haft följande sjukdomar eller symptom (kryssa för antingen ja eller nej på alla frågorna)?

- |                             |                              |  |
|-----------------------------|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej | <b>1. Rörelseorganens sjukdomar eller olycksfall</b>   |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>     | a) rygg  |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>     | b) knä   |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>     | c) vrist   |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>     | d) rörelsehinder i skolan  |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>     | e) övrig   |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>     | <b>2. Ämnesomsättnings- och näringssjukdomar samt endokrina sjukdomar (t.ex. underfunktion i sköldkörteln, diabetes)</b> |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>     | <b>3. Hjärt-kärlsjukdomar (t.ex. hjärtfel, högt blodtryck, upprepade rytmrubbningar)</b>                                 |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>     | <b>4. Sjukdomar i andningsorganen (t.ex. astma)</b>  |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>     | <b>5. Allergi eller hudsjukdom</b>   |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>     | <b>6. Sjukdomar i nervsystemet (t.ex. huvudvärk, migrän eller epilepsi)</b>  |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>     | <b>7. Medfödda missbildningar</b>  |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>     | <b>8. Ögon- och öronsjukdomar</b>  |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>     | <b>9. Sjukhusvård eller operationer</b>  |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>     | <b>10. Psykiska störningar, koncentrationssvårigheter, nervositet, depression</b>  |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>     | <b>11. Har du varit i behandling för psykiska störningar eller symptom</b>   |

Ange här närmare information om sjukdomarna och symptomen, ifall du har svarat jakande på föregående fråga. Var har du vårdats och när? Ange i synnerhet sådana behandlingar som fortfarande pågår eller om du har betydande funktionsnedsättningar.

### Den uppståndspliktiges underskrifter. Jag intygar härmed att jag svarat på ovanstående frågor utan att hemlighålla eller överdriva något.

De uppgifter som efterfrågas i blanketten ingår i det värnpliktsregister som avses i 4 §, 1 mom., punkt 1 i lagen om behandling av personuppgifter vid försvarsmakten (332/2019). Personuppgiftsansvarig i fråga om värnpliktsregistret är enligt 3 momentet i samma bestämmelse Huvudstaben. Om värnpliktsregistrets ändamål föreskrivs i lagen om behandling av personuppgifter vid försvarsmakten § 5. På behandling av personuppgifter tillämpas utöver vad som har föreskrivits i lagen om behandling av personuppgifter vid försvarsmakten också lagen om behandling av personuppgifter i brottmål och vid upprätthållandet av den nationella säkerheten (1054/2018), med undantag av 10 § 2 mom., 54 § och 7 kap.

Hälsoundersökning på förhand (Underskrift hemma/på hälsocentralen)	Uppståndsgranskning Uppgifterna har ändrat <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Ankomstgranskning vid truppförbandet Uppgifterna har ändrat <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
Datum och underskrift	Datum och underskrift	Datum och underskrift