



|                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |                                                                 |  |  |  |  |                                               |  |  |  |  |               |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|-------------------------------------------------------|--|--|--|--|-----------------------------------------------------------------|--|--|--|--|-----------------------------------------------|--|--|--|--|---------------|--|--|--|--|
| Efternamn och förnamn                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  | Födelseort                                                      |  |  |  |  | Personbeteckning                              |  |  |  |  |               |  |  |  |  |
| Körkort (kryssa för)                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |                                                                 |  |  |  |  | Hemort                                        |  |  |  |  | Regionalbyrån |  |  |  |  |
| A B C D C1E A1 C1 D1 BE CE D1E DE T                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |                                                                 |  |  |  |  |                                               |  |  |  |  |               |  |  |  |  |
| Utdelningsadress                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |                                                                 |  |  |  |  | Postnummer                                    |  |  |  |  | Postanstalt   |  |  |  |  |
| Mobiltelefon/Hemtelefon                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  | E-post                                                          |  |  |  |  |                                               |  |  |  |  |               |  |  |  |  |
| Civilstånd                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  | Antal barn                                            |  |  |  |  | Yrke                                                            |  |  |  |  | Modersmål                                     |  |  |  |  |               |  |  |  |  |
| Ogift Samboende Gift                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |                                                                 |  |  |  |  | Finska Svenska Annat                          |  |  |  |  |               |  |  |  |  |
| Utbildning                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |                                                                 |  |  |  |  |                                               |  |  |  |  |               |  |  |  |  |
| Linje vid skola, studieinriktning eller fakultet                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |                                                                 |  |  |  |  |                                               |  |  |  |  |               |  |  |  |  |
| Sökandens nuvarande arbetsuppgift -plats och adress                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |                                                                 |  |  |  |  |                                               |  |  |  |  |               |  |  |  |  |
| Önskat vapenslag eller truppförband                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  | Önskad inryckningskontingent                          |  |  |  |  | Motiveringar och anmärkningar till ansökan                      |  |  |  |  |                                               |  |  |  |  |               |  |  |  |  |
| 1.                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |                                                                 |  |  |  |  |                                               |  |  |  |  |               |  |  |  |  |
| 2.                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |                                                                 |  |  |  |  |                                               |  |  |  |  |               |  |  |  |  |
| 3.                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |                                                                 |  |  |  |  |                                               |  |  |  |  |               |  |  |  |  |
| 4. Vart som helst                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  | Vilken som helst                                      |  |  |  |  |                                                                 |  |  |  |  |                                               |  |  |  |  |               |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Fortsätter på baksidan                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |                                                                 |  |  |  |  |                                               |  |  |  |  |               |  |  |  |  |
| Bilagor                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |                                                                 |  |  |  |  |                                               |  |  |  |  |               |  |  |  |  |
| Läkarintyg                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  | Frågeformulär för unders. av hälsotillst. SA Asev 335 |  |  |  |  | Övriga bilagor                                                  |  |  |  |  | st                                            |  |  |  |  |               |  |  |  |  |
| Har du bestraffats vid domstol?                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  | Har du bötfällts av polis?                            |  |  |  |  | Förligger något brottmål/deliktärende mot dig? (Av vilket art?) |  |  |  |  |                                               |  |  |  |  |               |  |  |  |  |
| Ja Nej                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  | Ja Nej                                                |  |  |  |  | Ja Nej                                                          |  |  |  |  |                                               |  |  |  |  |               |  |  |  |  |
| För beordrandet till beväringstjänstgöring befullmäktigat jag de militära myndigheterna att ur justitieministeriets och polisens register samt hos andra statliga och kommunala myndigheter införskaffa uppgifter över mig. |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |                                                                 |  |  |  |  |                                               |  |  |  |  |               |  |  |  |  |
| Datum och underskrift                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |                                                                 |  |  |  |  |                                               |  |  |  |  |               |  |  |  |  |
| <b>Regionabyråns beslut</b>                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |                                                                 |  |  |  |  |                                               |  |  |  |  |               |  |  |  |  |
| Anteckningar vid inryckningen (Datum och diariernr)                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  | Vidarebefordrats (Datum och diariernr)                          |  |  |  |  |                                               |  |  |  |  |               |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Godkännes                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  | Datum för inträdande i tjänst                         |  |  |  |  | Truppförband                                                    |  |  |  |  |                                               |  |  |  |  |               |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Godkännes Inte                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  | Motiveringar                                          |  |  |  |  |                                                                 |  |  |  |  |                                               |  |  |  |  |               |  |  |  |  |
| Ort och datum                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  | Beslutsfattare (tjänsteställning, namn och grad)                |  |  |  |  | Föredragare (tjänsteställning, namn och grad) |  |  |  |  |               |  |  |  |  |
| <b>Detta beslut har delgivits mig</b>                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |                                                                 |  |  |  |  |                                               |  |  |  |  |               |  |  |  |  |
| Datum och underskrift                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |                                                                 |  |  |  |  |                                               |  |  |  |  |               |  |  |  |  |