



Ekbackeskolan

*Intyg om praktiska svetskunskaper*

Härmed intygas att

Namn \_\_\_\_\_ Personnr \_\_\_\_\_

Har minst sex månaders yrkeserfarenhet av svetsning med respektive metod.

(Markera med kryss)	Ja	Nej
Gassvetsning		
Metallbågsvetsning		
MIG/MAG svetsning		
TIG-svetsning		

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Företag \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Underskrift \_\_\_\_\_  
(Ansvarig chef)

Namnförtydligande \_\_\_\_\_

Befattning \_\_\_\_\_



OSBY  
KOMMUN