

# Intyg för ansökan om inackorderingstillägg i samband med APL



**NÖSNÄS**  
GYMNASIET

Skola: \_\_\_\_\_

Elevens namn: \_\_\_\_\_ Personnr: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ Klass: \_\_\_\_\_

APL hos firma/institution: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

## **APL omfattar tiden**

fr o m \_\_\_\_\_ dagen den /

t o m \_\_\_\_\_ dagen den /

APL-ansvarig lärare intygar att uppgifterna är riktiga:

\_\_\_\_\_  
Datum/underskrift/namnförtydligande

Blanketten ifylls av APL-ansvarig lärare och lämnas tillsammans med eventuell ansökan om inackorderingstillägg i samband med APL.



**Stenungsunds  
kommun**

**Nösnäsgymnasiet**  
Gymnasievägen 2, 444 47 Stenungsund  
0303-73 80 80 | [expedition.nosnas@stenungsund.se](mailto:expedition.nosnas@stenungsund.se)