



Ansökan om LÄRLINGSLICENS

Undertecknad ansöker om LÄRLINGSLicens för år 20_____

Efternamn	Personnummer (ÅÅMMDD-XXXX)
Samtliga förnamn (tilltalsnamnet understruket)	
Gatuadress	Postnummer och Ort
Telefon mobil	Telefon bostad
E-post adress (skriv tydligt)	

Anställd hos: _____

Min lägsta ridvikt: _____ kg.

- Jag har inte haft någon licens tidigare
- Jag har enbart haft licens i Sverige tidigare
- Jag har haft ryttarlicens i följande länder:

_____ under perioden: _____ typ av licens: _____

_____ under perioden: _____ typ av licens: _____

_____ under perioden: _____ typ av licens: _____

Jag har totalt vunnit: _____ lopp och ridit: _____ lopp

- Jag har sjukvårdsförsäkring via Försäkringskassan / Jag har EU sjukvårdskort.
- Jag har tecknat en sjukvårdsförsäkring i _____ (land alt försäkringsbolag)

Jag har tagit del av Registrerings- och Licensreglementet (RegRG), Tävlingsreglementet (RG) samt Allmänna Bestämmelser (AB) i tillämpliga delar och förstår att jag som innehavare av licens är underkastad de av Svensk Galopp utfärdade bestämmelserna. Jag intygar härmed att ovanstående uppgifter är riktiga och är införstådd med att jag kan dömas till böter enligt 7 kap 4 § RegRG om jag lämnar osann uppgift eller förtiger sanningen. Jag är medveten om att det inte ingår en olyckfallsförsäkring i min licens.

Ort och datum	Vårdnadshavares Namnförtydligande
Namnteckning	Vårdnadshavares Namnteckning
Namnförtydligande	Vårdnadshavares Personnummer
	Vårdnadshavares Adress
	Vårdnadshavares Telefonnummer
	Vårdnadshavares E-post

Svensk Galopp AB

Box 11014 Tel 08-466 86 00
161 11 Bromma

e-post info@svenskgalopp.se
www.svenskgalopp.se

SG140707