

# Individuell utbildningsplan



## Fastställande av utbildningsplan

Namn \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

Inför arbetsmarknadsutbildning eller kommunal påbyggnadsutbildning.

## Bedömd kompetens

	Rekommenderas genomgå kurs	Utbildning på skola	Arbetsplatslärande, APL
<b>Baskompetens</b>			
Godstransporter 1 YRF 2607 (inkl. truck)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Dagar: _____	Dagar: _____
Godstransporter 2 YRF 2608	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Dagar: _____	Dagar: _____
Hälsa, miljö och säkerhet YRF 2610	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Dagar: _____	Dagar: _____
Transportbestämmelser YRF 2613	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Dagar: _____	Dagar: _____
Fordonskombinationer YRF 2605	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Dagar: _____	Dagar: _____
Farligt gods (ADR Styckegods)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Dagar: _____	Dagar: _____

## Maskinell godshantering

Godstransporter hjullastare YRF 2606	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Dagar: _____	Dagar: _____
Lastbilsmonterad kran YRF 2611	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Dagar: _____	Dagar: _____

## Specialkompetens

Godstransporter specialisering YRF 2609	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Dagar: _____	Dagar: _____
---	--	--------------	--------------

Ange specialisering:  Distributionsförare  Fjärrbilsförare  Skogstransportförare  
 Bygg- och anläggningsförare  Tank- och bulkbilsförare  
 \_\_\_\_\_

## Svenska

Föraren har nödvändiga kunskaper i svenska för att kunna tillgodogöra sig utbildning och arbetsplatslärande:

Ja  Nej, behöver utredas

**Total utbildningstid:** \_\_\_\_\_ kursdagar.

## Rekommendation

Undertecknade rekommenderar utbildning/arbetsplatslärande och godkänner innehållet i utbildningsplanen.

Datum \_\_\_\_\_

Skola \_\_\_\_\_

Namn \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Företag \_\_\_\_\_

Namn \_\_\_\_\_