



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

**Regionabyråns beslut**

Anteckningar vid inryckningen (Datum och diariern)		Vidarebefodrads (Datum och diariern)			
<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					

**Anvisningar för sökande av ändring bifogas.**