



KRISTINESTADS
MEDBORGARINSTITUT
KRISTINANKAUPUNGIN
KANSALAIPOISTO

OPETTAJAN HENKILÖKORTTI KRISTINANKAUPUNGIN KANSALAIPOISTO

Etunimi:			
Sukunimi:			
Henkilötunnus:			
Osoite:			
Puhelin:			
Sähköposti:			
IBAN-tilinumero:		BIC:	
Ammatti:			

KOULUTUS

Ylempi korkeakoulututkinto

Alempi korkeakoulututkinto

Opistotason tutkinto

Ei tutkintoa

Muu tutkintoa, mikä: _____



KRISTINESTADS
MEDBORGARINSTITUT
KRISTINANKAUPUNGIN
KANSALAI SOPISTO

Suorittanut arvosanan aikuiskasvatuksesta:

35 ov./60 op.

15 ov./25 op

Opintojen todistus on toimitettu

Palvelukseen tulopäivämäärä:	Allekirjoitus:
------------------------------	----------------