

ANSÖKAN/ANMÄLAN OM STUDIEUPPEHÅLL/FÖRLÄNGT STUDIEUPPEHÅLL

vid Medicinska fakulteten, Linköpings universitet

Namn		Personnummer	Telefon
Gatuadress		E-post @student.liu.se	
Postnummer	Ort		

Utbildningsprogram _____ studieort _____

 Jag ansöker om studieuppehåll med särskilt skäl (intyg/motsvarande ska bifogas) med garanterad plats vid återkomst.

Jag bifogar _____

 Jag anmäler studieuppehåll utan särskilt skäl utan garanterad plats vid återkomst.

Studieuppehållet gäller från (ange ht/vt och år) _____ programtermin _____

Om studieuppehållet gäller under pågående termin ange sista närvarodag _____

Jag avser att återkomma (ange ht/vt och år) _____ till programtermin _____

BEKRÄFTELSE av studieuppehåll utan särskilda skäl för ht/vt _____ mottaget. Sign. _____**Alla behörighetskrav som gäller för tillträde till den programtermin ansökan om återkomst avser måste vara uppfyllda innan terminsstart. Anmälan om återkomst ska ske på särskild blankett.**Ansökan/anmälan bör vara Medicinska fakulteten tillhanda senast 15 april inför höstterminen och 15 oktober inför vårterminen. **Ansökan/anmälan skickas till studievägledaren på respektive program.**

Datum _____

Studentens underskrift _____

BESLUT Datum: _____ Dnr: _____ Beviljas studieuppehåll med särskilt skäl för
ht/vt _____ för programtermin _____ Studieuppehåll med särskilt skäl avslås.

Beslutet verkställt / namnförtydligande _____

Föredragande signatur _____

Vid negativt beslut har studenten rätt att överklaga beslutet inom 3 (tre) veckor från den dag studenten tog del av beslutet. Överklagandet ska göras skriftligt och ställs till

Överklagandenämnden för högskolan, ÖNH, men skickas till:**Linköpings universitet, Medicinska Fakultetsstyrelsen vid Medicinska fakulteten, Medicinska fakulteten, 581 83 Linköping.**

I ditt överklagande ska du ange:

- 1) Det beslut du vill överklaga
- 2) Den ändring i beslutet som du begär samt
- 3) På vilka grunder du anser att beslutet ska ändras.