

Namn	Personnummer	Telefon	E-post
Gatuadress	Postnummer	Ort	

Jag ansöker om tillgodoräknande av tidigare studier vid: _____

Tillgodoräknande önskas inom program/fristående kurs: _____

Lästa kurser/moment			Önskas tillgodoräknas/bytas ut mot			Beslut - ifylls av programansvarig		
Kurskod	Kursnamn/moment	HP	Kurskod	Kursnamn/moment	HP	Beviljas utbyte	Beviljas tillgodo	Avslås

Bifoga vidimerade kopior på betyg och kursplaner samt eventuella litteraturlistor.

Datum _____

Studentens underskrift _____

Blanketten skickas till: Medicinska fakulteten, Studentenheten, ingång 75, 581 83 Linköping

OBS: skicka in båda sidor av ansökan!

Studentens namn och personnummer _____

BESLUT

Datum _____

Dnr: _____

Motivering vid avslag:

Beslut verkställt/namnförtydligande

Handläggare 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.