

ANMÄLAN OM AVBROTT I STUDIER

vid Medicinska fakulteten, Linköpings universitet

Namn		Personnummer	Telefon
Gatuadress		E-post	
Postnummer	Ort		

Jag anmäler härmed avbrott på program _____

Sista närvarodatum _____

 fristående kurs _____

Sista närvarodatum _____

Jag har varit i kontakt med (namn på personen):

Anledning till studieavbrott:

Datum _____

Studentens underskrift _____

Blanketten skickas till: Medicinska fakulteten, Studentenheten, ingång 75, 581 83 LINKÖPING**BEKRÄFTELSE**

Datum _____

Din anmälan om studieavbrott är noterad.

Signatur / namnförtydligande_____
Handläggare studentenheten