

ANSÖKAN/ANMÄLAN OM ÅTERKOMST TILL UTBILDNINGSPLOTS PÅ UTBILDNINGSPROGRAM
vid Medicinska fakulteten, Linköpings universitet

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

Utbildningsprogram _____ **studieort** _____

Jag ansöker om utbildningsplats till (ange ht/vt och år) _____ till programtermin _____

Alla behörighetskrav som gäller för tillträde till den termin ansökan avser måste vara uppfyllda.

Ansökan ska vara Medicinska fakulteten tillhanda senast 15 april inför höstterminen och 15 oktober inför vårterminen.

Datum_____
Studentens underskrift**Ansökan skickas till studievägledaren på respektive utbildning.****BEKRÄFTELSE om återkomst med garanterad plats** Datum: _____

Anmälan om återkomst efter studieuppehåll med särskilt skäl har inkommit inom utsatt tid.

Återkomst bekräftas till ht/vt _____ för programtermin _____

Signatur/namnförtydligande_____
Handläggare Studentenheten**BESLUT om återkomst utan garanterad plats**

Datum: _____

Dnr: _____

 Återkomst beviljas till

ht/vt _____ till programtermin _____

Beslutet är fattat enligt gällande prioritetsordning och under förutsättning att behörighetskraven är uppfyllda.

 Återkomst kan inte beviljas pga platsbrist på sökt programtermin._____
Beslut verkställt/namnförtydligande_____
Föredragandes signatur