LINKÖPINGS UNIVERSITET

Ankom_____

## ANSÖKAN OM ANSTÅND MED STUDIERNAS PÅBÖRJANDE

vid Medicinska fakulteten, Linköpings universitet

| Namn | | Personnummer | Telefon |
|---|---|---|---|
| Gatuadress | | E-post | |
| Postnummer | Ort | | |

Jag är antagen till _____ studieort: _____

med start (ange ht/vt och år) _____ och ansöker om anstånd med studiestarten.

Jag önskar påbörja studierna (ange ht/vt och år) _____

Följande skäl åberopas och styrks med vidimerade intyg:

_____

_____

_____

**OBS!** Student som beviljats anstånd ska, för att få behålla sin plats, på nytt söka via www.antagning.se och bifoga anståndsbeslutet till sin anmälan. Den som inte skickar in ny anmälan går miste om sin studieplats.

_____ _____

**Datum** **Studentens underskrift**

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

**BESLUT** **Datum: _____** **Dnr: _____**

☐ Anstånd beviljas till

Ht _____ Vt _____

☐ Anstånd avslås.

Motivering: _____

_____

_____ _____

Beslutet verkställt/namnförtydligande Föredragande signatur

Vid negativt beslut har studenten rätt att överklaga beslutet inom 3 (tre) veckor. Överklagan ställs till **Överklagandenämnden för högskolan, ÖNH, men skickas till: Medicinska Fakultetsstyrelsen för Medicinska fakulteten, 581 83 Linköping.**

I din överklagan 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.

Skriv ut

Ver 1512