

ANSÖKAN OM AFFILIERING AV FORSKARE (INKL IT-ABONNEMANG) VID INSTITUTIONEN FÖR HÄLSA, MEDICIN OCH VÅRD (HMOV)

Kompetenskravet för ansökan om affilierad forskare är avlagd doktorsexamen

- Ny ansökan (3 år med möjlighet till förlängning, ange startdatum) _____
- Jag har LiU-id _____
- Ny ansökan (avseende kortare period), ange period: _____
- Förlängning av befintlig affiliering ange LiU-id: _____ Tidsperiod (max 3 år): _____

Den sökandes personuppgifter

| | | | |
|--|-------------------|--|------------------------|
| Förnamn | Efternamn | Titel | Personnummer |
| Telefon | E-post, hemadress | | Nuvarande arbetsgivare |
| Disputationsår/Lärosäte | | Docent <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | |
| Ansökan om affiliering inom följande ämnesområde | ORCID | Jag innehar bisysslor som kan påverka anknytningen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | |

Mitt planerade samarbete med LiU/Institutionen för hälsa, medicin och vård, HMOV sker inom (flera kryss går bra):

- Forskningsarbete:
- Undervisning på grundnivå
- Ange program:
- Undervisning på avancerad nivå eller forskarutbildning
- Övrigt:

Institutionens uppgifter (ifylles av institutionen)

| | |
|--|--|
| Det finns ett uppenbart verksamhetsbehov av att anknäta den sökande som affilierade till LiU <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Den sökandes meriter är granskade och godkända <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
|--|--|

Avdelningschef beslut om att tillstyrka affiliering och tilldela beslutskonto enligt ovan angivna uppgifter samt underskrift av bilagt avtal om affiliering

| | | |
|-------|--|-------------------|
| Datum | Underskrift avdelningschef, ange avdelning | Namnförtydligande |
|-------|--|-------------------|

ANGE ÖNSKAT IT-ABONNEMANG

Large 16 400 kr/år exkl OH
 Medium 3 600 kr/år exkl OH
 Small 1500 kr/år exkl OH

Fakturauppgifter - Abonnementet faktureras nuvarande arbetsgivare

| | | |
|---------------|---------------|--|
| Fakturaadress | Kontaktperson | Referens/kostnadsställe arbetsgivare Kostnadsställe/aktivitet HVM |
|---------------|---------------|--|

Den sökandes underskrift**Jag är införstådd med och åtar mig att följa villkoren i bilagt avtal om affiliering**

| | | |
|-------|---------------------|-------------------|
| Datum | Underskrift sökande | Namnförtydligande |
|-------|---------------------|-------------------|

Arbetsgivarens medgivande till affilieringen samt underskrift av bilagt avtal om affiliering

| | | |
|-------|--------------------------|-------------------|
| Datum | Underskrift arbetsgivare | Namnförtydligande |
|-------|--------------------------|-------------------|

Prefektens beslut om att tillstyrka affiliering samt underskrift av bilagt avtal om affiliering

| | | |
|-------|---------------------|-------------------|
| Datum | Underskrift prefekt | Namnförtydligande |
|-------|---------------------|-------------------|

Dekanens beslut om affiliering samt underskrift av bilagt avtal om affiliering

| | | |
|-------|-------------------|-------------------|
| Datum | Underskrift dekan | Namnförtydligande |
|-------|-------------------|-------------------|

Ansökan skickas till kontoansvarig på respektive avdelning:

| | | |
|---------------|----|--|
| Ella Engström | VS | ella.engstrom@liu.se |
|---------------|----|--|