

**ANSÖKAN OM TILLGODORÄKNANDE AV ÄMNESKURS**  
**APPLICATION FOR CREDIT TRANSFER FOR POSTGRADUATE COURSES**

Efternamn och förnamn   <i>Family name and given name</i>	Personnummer   <i>Civic registration number</i>
E-post   <i>E-mail</i>	Telefon inkl rikt nr   <i>Phone incl area code</i>
<p>Välj <u>ett</u> alternativ   <i>Select <u>one</u> option</i></p> <p>Institutionen för biomedicin   <i>Institute of Biomedicine</i>          Institutionen för kliniska vetenskaper   <i>Institute of Clinical Sciences</i>          Institutionen för medicin   <i>Institute of Medicine</i>          Institutionen för neurovetenskap och fysiologi   <i>Institute of Neuroscience and Physiology</i>          Institutionen för odontologi   <i>Institute of Odontology</i>          Institutionen för vårdvetenskap och hälsa   <i>Institute of Health Care Sciences</i>          Avdelning eller enhet   <i>Department</i></p>	
Kurstitel   <i>Course title</i>	
Universitet/högskola   <i>University</i>	Poäng   <i>Credits</i>
<p>Kurs läst på   <i>Course taken at</i></p> <p><input type="checkbox"/> Grundnivå   <i>First cycle</i>      <input type="checkbox"/> Avancerad nivå   <i>Second cycle</i>      <input type="checkbox"/> Forskarnivå   <i>Third cycle</i></p>	
<p>Följande dokument ska bifogas   <i>The following documents must be enclosed</i></p> <p><input type="checkbox"/> Vidimerade kopior av kursintyg   <i>Certified copies of course certifications</i>  <input type="checkbox"/> Kursplan eller utförlig kursbeskrivning   <i>Course syllabus or detailed course description</i>  <input type="checkbox"/> Individuell studieplan (endast kurssidan)   <i>Individual study plan (only the course page)</i></p>	

**Underskrifter | Signatures**

Doktorandens underskrift   <i>Signature by PhD-Student</i>	Namnförtydligande   <i>Clarification</i>	Datum   <i>Date</i>
Handledarens samtycke, underskrift   <i>Approved by supervisor, signature</i>	Namnförtydligande   <i>Clarification</i>	Datum   <i>Date</i>



**BESLUT OM TILLGODORÄKNANDE AV KURS INOM UTBILDNING PÅ FORSKARNIVÅ**  
*DECISION REGARDING CREDIT TRANSFER AT POSTGRADUATE LEVEL*

Efternamn och förnamn   <i>Family name and given name</i>	Personnummer   <i>Civic registration number</i>
E-post   <i>E-mail</i>	Telefon inkl riktnr   <i>Phone incl area code</i>

Välj ett alternativ | *Select one option*

- Institutionen för biomedicin | *Institute of Biomedicine*
- Institutionen för kliniska vetenskaper | *Institute of Clinical Sciences*
- Institutionen för medicin | *Institute of Medicine*
- Institutionen för neurovetenskap och fysiologi | *Institute of Neuroscience and Physiology*
- Institutionen för odontologi | *Institute of Odontology*
- Institutionen för vårdvetenskap och hälsa | *Institute of Health Care Sciences*
- Avdelning eller enhet | *Department*

**Institutionens studierektor för forskarutbildning beslutar härmed att kursen** | *The director of PhD studies at the institute hereby decides that the course*

kan tillgodoräknas som kurs på forskarnivå inom forskarutbildningen som motsvarande \_\_\_\_\_ hp  
*is accepted as a postgraduate course in the postgraduate programme corresponding to \_\_\_\_\_ credits*

Ansökan avslås | *Not accepted*

Om du anser att beslutet är felaktigt kan du överklaga det. Överklagandehänvisning finns på s. 3 | *If you think the decision is wrong you can appeal against it. Information about how to make an appeal is available on p. 3*

Underskrift studierektor   <i>Signature by director of PhD Studies</i>	Namnförtydligande   <i>Clarification</i>	Datum   <i>Date</i>
--	--	---------------------

**Motivering för avslag (kan bifogas som separat dokument)** | *Reasons for rejection (can be attached separately)*

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--

