



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 riktnr <i>Phone incl area code</i>
Välj <u>ett</u> alternativ <i>Select <u>one</u> option</i> 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>	
Kurstitel <i>Course title</i>	
Universitet/högskola <i>University</i>	Poäng <i>Credits</i>
Kurs läst på <i>Course taken at</i> <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>	
Följande dokument ska bifogas <i>The following documents must be enclosed</i> <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>	

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>
--

