



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykoterapeutprogrammet

Diarienummer _____

ANMÄLAN OM STUDIEUPPEHÅLL ANSÖKAN OM PLATSGARANTI

V g texta

Namn _____ Personnr _____

Gatuadress _____

Postnr _____ Ort _____

Telefon _____ Mobil _____

E-post _____@student.lu.se

Inriktning _____ Programtermin _____

Jag anmäler härmed studieuppehåll för ht _____ eller vt _____

Jag ansöker om platsgaranti i samband med mitt studieuppehåll.

Orsak _____

Intyg/läkarintyg måste bifogas.

Datum _____ Sökandes underskrift _____

OBS Den som haft studieuppehåll med eller utan platsgaranti, måste i tid ansöka om återupptagande av studier, se särskild blankett.

Ansökan om platsgaranti Beviljas Avslås Datum _____

Studierektor