



LUNDS
UNIVERSITET

Diarienummer _____

Institutionen för psykologi
Psykoterapeutprogrammet

**ANSÖKAN OM ÅTERTAGANDE AV STUDIER PÅ
PSYKOTERAPEUTPROGRAMMET**

INRIKTNING: _____

TILL PROGRAMTERMIN: _____ **INFÖR VT** ___/___ **HT** ___

V g texta

Namn _____ Personnr _____

Gatuadress _____

Postnr _____ Ort _____

Telefon _____ Mobil _____

E-post _____@student.lu.se

- Jag är godkänd på samtliga kurser/delkurser hittills
- Jag är inte godkänd på samtliga kurser/delkurser hittills utan saknar: _____

Datum _____ Sökandes underskrift _____

Beviljas Avstyrks Datum _____

Studierektor

Vid ett negativt beslut har studenten rätt att överklaga beslutet inom 3 (tre) veckor. Överklagan ställs till **Överklagandenämnden för högskolan, Box 7249, 103 89 Stockholm** men skickas till Institutionen för psykologi, Att Prefekten, Box 213, 221 00 Lund.

I din överklagan skall 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 skall ändras