MedFak_V_SV_mac

Dnr

………………………

Ankom

|  |
| --- |
| **Ansökan skickas till:**  Lunds universitet  Medicinska fakulteten  Studievägledare  [studievagledare\_vard@med.lu.se](mailto:studievagledare_vard@med.lu.se)  BMC F11 221 84 Lund  (Internt: Hämtställe 66) |

Ansökan om VFU inom särskild ort/kommun

Personuppgifter

Fyll i blanketten elektroniskt.

|  |
| --- |
| Personnummer |
|  |
| Förnamn | | Efternamn |
|  | |  |
| Adress | | |
|  | | |
| Postnummer | | Ort |
|  | |  |
| Telefon | | E-post |
|  | |  |

|  |
| --- |
| Antagen till program/kurs |
|  |

Kansli M 2018-10-15

|  |  |
| --- | --- |
| Jag önskar göra min VFU i\* | |
| Ange de skäl som du vill åberopa för din ansökan.\*\* Skriv också en kort motivering till hur detta hindrar dig. | |
|  | Sjukdom eller funktionshinder |
|  | Barns eller närståendes sjukdom eller särskilda behov (ej djur) |
|  | Annat (socialt) skäl (ej resor till och från VFU-plats) |
| Motivering: | |

\*Du kan som regel endast välja en av de orter/kommuner där det finns VFU-platser för just ditt program! Endast under vissa förutsättningar kan VFU genomföras inom annan ort/kommun.

\*\*Ska styrkas med intyg.

Mer information och anvisningar finns på webben.

Intyg bifogas

Jag har läst anvisningarna och intygar att min ansökan är korrekt och komplett.

|  |  |
| --- | --- |
| ***…………………………………***  Datum | ……………………………………………………………  Underskrift |