

Dnr

………………………

Ankom

|  |
| --- |
| **Ansökan skickas till:**Lunds universitetMedicinska fakultetenStudievägledare studievagledare\_vard@med.lu.se BMC F11221 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  |