#### Ansökan om tillgodoräknande av forskarutbildningskurs

#### *Application for credit transfer to a third-cycle education course*

**1.Denna del fylls i av doktorand och skrivs under av huvudhandledare**

***1.This part is to be completed by the doctoral student and signed by the principal supervisor***

## Personuppgifter/*Personal information*

|  |  |
| --- | --- |
| Efternamn/*Surname* | Förnamn/*First name* |
| Personnummer/*Civic registration number* | |
| Forskarutbildningsämne/*Third-cycle education subject*  Hälsa och vårdvetenskap/*Health and Care Sciences*  Välfärd och socialvetenskap/*Welfare and Social Sciences*  Handikappvetenskap/*Disability Research* | |

## Information om kursen /*Information about the course*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Svenskt namn på kursen/ *Swedish name of the course (if any)* | | |
| Engelskt namn på kursen/ *English name of the course* | | |
| Namn på examinator/*Name of the examiner* | Namn på universitet eller högskola/*Name of the university* | |
| Examinationsform/*Type of examination* | Kurspoäng/*Course credits* | Examinationsdatum/*Examination date* |
| Tillgodoräknas som*:/ The course is to be accredited as:*  följande obligatoriska kurs i ämnet*: /the following compulsory course:*  valbar kurs i ämnet*/an elective course*  Ange skäl till valbar kurs/*State reason for choice of elective course* | | |
| Tillgodoräknande av kursen har diskuterats med ämnesansvarig */Credit-transfer has been discussed with Head of Discipline*  Ja/*Yes*  Nej*/No* | | |

**Bifoga kursbevis och kursplan*/Attach course certificate and course curriculum.***

***Huvudhandledare/Principal supervisor***

|  |  |
| --- | --- |
| Efternamn*/Surname* | Förnamn*/First name* |
| Underskrift*/Signature* | Datum*/Date* |

**2. Fylls i av ämnesföreträdare**

**2. *This part is to be completed by the Head of Discipline***

**Beslut om tillgodoräknande/ *Decision regarding credit transfer***

|  |
| --- |
| Poäng som ska tillgodoräknas i forskarutbildningen/ *Credits to be transferred* |

**Ämnesföreträdare/*Head of Discipline***

|  |  |
| --- | --- |
| Efternamn/*Surname* | Förnamn/*First name* |
| Underskrift/*Signature* | Datum*/Date* |

**3. Fylls i av forskarutbildningskoordinator**

***3. This part is to be completed by the research school coordinator***

**Registrerat i Ladok/ *Registered in Ladok documentation system***

|  |  |
| --- | --- |
| Underskrift/*Signature* | Datum*/Date* |

**Ansökan skickas till ämnesföreträdare: / *Send the application to Head of Discipline:***

Forskarskolan Hälsa och Välfärd*/ The Research School of Health and Welfare*

Hälsohögskolan/ *School of Health and Welfare*

Box 1026

551 11 Jönköping

Sweden