


**MEDICINSKA
FAKULTETEN**
ANTAGNING TILL FORSKARUTBILDNING PÅ DELTID
Ifylls av sökande

Personnummer (födelseår,-mån,-dag,-nr)	Efternamn, tilltalsnamn
Ev. tidigare efternamn	Bostadsadress
Telefon, inkl. riktnr	Postnummer, ortnamn
E-mail adress	

Behörighetsgrundande grundutbildning

Examen/utbildning	Poäng	Datum
Universitet/högskola	Land	

Ansökan avser Doktorsexamen Licentiatexamen

Institution
Forskarutbildningsämne
Projekttitel
Önskar läsa forskarutbildningskurser på <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> svenska engelska </div>

Datum
Sökandes namnteckning

Datum
Handledarens namnteckning

Namnförtydligande

Ansökan, undertecknad av sökande och handledare samt intygad av arbetsgivaren, skickas till biträdande prefekt för forskarutbildningen vid den institution som antagningen avser. Observera att godkänd projektplan ska uppvisas för arbetsgivaren. Följande skall bifogas ansökan:

- * Sökandes CV och vidimerade betygskopior
- * Handledarens motivering till urval av sökande

INTYG GÄLLANDE BEVILJANDE AV FORSKNINGSTID

ifylls av arbetsgivaren (verksamhetschef eller motsvarande)

Härmed intygas att projektplan har uppvisats för

och att utrymme inom ramen för anställningen* kommer att beviljas enligt tidsplan** och finansieringsplan i projektplanen vid följande avdelning/verksamhetsområde

* Utrymmet avser icke-schemalagd tid för forskarutbildning där lönekostnader finansieras i enlighet med finansieringsplan i projektplanen.

** Enligt Högskoleförordningen ska forskarutbildningsstudier avse arbete på heltid, dock lägst 50 procent av heltid (HF kap.5 3 a §). Vidare får universitetet anta doktorander med annan form av studiefinansiering än en doktorandanställning om universitetet bedömer att den sökande kan ägna sig så stor del av sin tid till utbildningen att den kan slutföras inom 4 år för en licentiatexamen och 8 år om det gäller en doktorsexamen (HF kap 7. 36 §).

Datum

Arbetsgivaren, namnteckning

Namnförtydligande

INTYG GÄLLANDE BEHÖRIGHET

(ifylls av biträdande prefekt för forskarutbildningen)

Härmed intygas att

uppfyller kraven för allmän och särskild behörighet för antagning till forskarutbildningen vid Medicinska fakulteten, LU.

Datum

Biträdande prefekt för forskarutbildning, namnteckning

BESLUT (ifylls av fakultetskansliet)

Antagen till forskarutbildning i ämnet Medicinsk vetenskap		Antagningsdatum	Termin
Huvudhandledare	Biträdande handledare		
Biträdande handledare	Biträdande handledare		
Biträdande handledare	Biträdande handledare		

Beslutsdatum

På forskarutbildningsnämndens vägnar

Karin Jirström, ordförande i forskarutbildningsnämnden

Anteckningar