



SAHLGRENKA AKADEMIN

Dnr:

ANSÖKAN OM UNDANTAG FRÅN FÖRKUNSKAPSKRAV PÅ DIETISTPROGRAMMET

Personuppgifter

Personnummer	Efternamn, förnamn
Läser för närvarande, ange termin och kurs	Adress Postnummer, Ort
Antagen till programmet, ange år	Telefon, e-post

Följande kurser som krävs för tillträde till termin _____ har jag underkänt i:

Termin	Kurs	Resterande moment/tentor

Jag ansöker om tillträde till följande termin/kurs

Termin	HT/VT	År	Kursens namn

Om du har ytterligare information att lämna gällande din studiesituation vg använd platsen nedan:

Datum	Underskrift
-------	-------------

Skickas/lämnas till:

Göteborgs universitet
Programadministratör Dietistprogrammet
Avd för invärtesmedicin och klinisk nutrition
Box 459 / Medicinaregatan 13, plan 3
405 30 Göteborg

Frågor besvaras i första hand av
programadministratör:
dietistprogrammet@medicin.gu.se
**Ansök senast 15 juni inför HT och
15 december inför VT**

Ankom: