



# Blankett för anpassad examination vid Institutionen för neurovetenskap och fysiologi

## Sektionen för hälsa och rehabilitering Fysioterapeutprogrammet

### För student med pedagogiskt stöd

#### Information till student om ansökan

I ditt besked om pedagogiskt stöd i Nais har du rekommendation om anpassning av examination. Du hittar ditt besked från Nais här: <http://www.nais.uhr.se>.

Alla anpassningar som du ansöker om ska finnas som rekommendation i ditt Nais-besked. Examinator beslutar vilka anpassningar som beviljas.

Du ska ansöka om anpassning av examination senast 4 veckor före examinationstillfället. Du ska fylla i en blankett per termin (ht/vt), där du anger examinationerna på de kurserna som ges inom terminen.

- 
- Anpassningar ansöks terminsvis på en och samma blankett för samtliga examinationer på terminen
  - Studenten ska ange rekommenderade anpassningar gällande både salstentamina och andra examinationsformer
  - Administratören bokar först anpassning till huvudtentamen. Behöver student omtentera, ska detta meddelas 2 veckor innan eller snarast efter erhållet resultat från huvudtentamen
  - Vid anpassad tentamen med stödprogram (talsyntes, rättstavning etc) anmäls studenten av utbildningsadministratören till särskilt tentamenstillfälle på Ladok med benämningen "stödprogram", t ex "Stödprogram – FYS112 Allmän anatomi"
  - Student med annan form av anpassning än stödprogram, t ex tidsförlängning och sockermätning, anmäler sig själv till det vanliga tentamenstillfället på Ladok, dvs det utan benämningen "stödprogram"
  - Student med förhinder att tentera avanmäler sig själv både på Ladok och till utbildningsadministratören snarast (i den mån det går 6 arbetsdagar innan tentamenstillfälle).
- 

Vid frågor, vänligen kontakta Moa Andersson, [moa.andersson@gu.se](mailto:moa.andersson@gu.se) tel. 031-786 57 57.

**Blanketten** lämnas in personligen till Moa Andersson på Enheten för fysioterapi eller läggs i den vita brevlådan höger om entrédörren på plan 2. Får också skickas med vanlig post till:

Göteborgs universitet  
Sahlgrenska akademien  
Institutionen för neurovetenskap och fysiologi  
Enheten för fysioterapi  
Box 455  
405 30 Göteborg

Fyll i ansökan på nästa sida

### Ansökan (fylls i av student)

*Ifylld blankett lämnas in personligen / postas till Moa Andersson*

|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                            |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------|
| Datum                                                                                                                                                                                                                                            | Referensnr på ditt NAIS-besked / NAIS-ID (t ex NAIS-GU-XX) |              |
| Förnamn                                                                                                                                                                                                                                          | Efternamn                                                  | Personnummer |
| Telefonnummer                                                                                                                                                                                                                                    | Adress                                                     |              |
| Postnummer                                                                                                                                                                                                                                       | Ort                                                        |              |
| <b>ANSÖKER OM ANPASSNING AV FÖLJANDE EXAMINATION/-ER (huvud-/omtentamen):</b>                                                                                                                                                                    |                                                            |              |
| <b>Kurskod, kurs-/delkursnamn</b>                                                                                                                                                                                                                |                                                            | <b>Datum</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                            |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                            |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                            |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                            |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                            |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                            |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                            |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                            |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                            |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                            |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                            |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                            |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                            |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                            |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                            |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                            |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                            |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                            |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                            |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                            |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                            |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                            |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                            |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                            |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                            |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                            |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                            |              |
| Jag ansöker om följande anpassning eller anpassningar. Exempel: "Förlängd tid och tentera i mindre grupp"                                                                                                                                        |                                                            |              |
| <div><div><input type="checkbox"/> Jag intygar att anpassningarna finns med som rekommendation i mitt Nais-besked.</div><div><input type="checkbox"/> Jag intygar att jag har lämnat en kopia av mitt Nais-besked till Moa Andersson</div></div> |                                                            |              |

# Beslut om anpassad examination vid Institutionen för neurovetenskap och fysiologi

*Fylls i av examinatorn*

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Förnamn                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Efternamn    |
| Telefonnummer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | E-postadress |
| <p>Jag beviljar följande anpassningar av examinationen<br/><i>Exempel: "Förlängd tid och tentera i mindre grupp"</i></p> <hr/> <hr/> <p>Jag avslår följande anpassningar av examinationen</p> <hr/> <hr/> <p>Motivering vid avslag</p> <hr/> <hr/> <p><i>Obs! Motivera så tydligt som möjligt, med hänvisning till eventuell föreskrift (t.ex. kursplan).</i></p> |              |
| Datum                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Underskrift  |