



**HÖGSKOLAN
I GÄVLE**

Institutionen för vårdvetenskap
och sociologi

**ANSÖKAN OM DISPENS
FÖR ATT FÅ PÅBÖRJA
KURS I PROGRAM**

Datum

.....-.....-.....

PERSONUPPGIFTER

Namn	Personnummer
------	--------------

PROGRAM OCH KURSTITEL

	Kurskod	Termin	Period
--	---------	--------	--------

ANLEDNING TILL ANSÖKAN

Studentens underskrift

BESLUT

Dispensen godkänns

Dispensen avslås
med följande motivering:

Gävle den-.....-.....

Ämnesföreträdare

Namnförtydligande

Inlämnas till:	Kopia till:	Exp den:
----------------	-------------	----------