## Personuppgifter/*Personal information*

|  |  |
| --- | --- |
| Efternamn/*Surname*      | Förnamn/*First name*      |
| Personnummer/*Civic registration number*      | Telefon/*Telephone*      |
| E-postadress/*E-mail address*      | Mobilnummer/*Mobile number*      |
| Gatuadress*/Street*      | Postnummer & ort/*Postal code and town*      |
| Underskrift*/Signature* | Datum/*Date*       |
| **Forskarutbildningsämne/*Third cycle education subject***[ ]  Hälsa och vårdvetenskap/*Health and Care Sciences* [ ]  Välfärd och socialvetenskap/*Welfare and Social Sciences*[ ]  Handikappvetenskap/*Disability Research* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]   | Från licentiatexamen till doktorsexamen*From Licentiate seminar to Doctoral thesis* | [ ]  |  Från doktorsexamen till licentiatexamen *From Doctoral Thesis to Licentiate Seminar* |
|  | Ange datum för när bytet sker*Indicate the date on which the change will take place*     Ange nytt preliminärt datum för doktorsexamen*Indicate the new preliminary date for the doctoral degree*      |  | Ange datum för när bytet sker*Indicate the date on which the change will take place*     Ange nytt preliminärt datum för licentiatseminarium*Indicate the new preliminary date for the licentiate seminar*      |

**Observera! / *Note!***

**Bifoga nytt finansieringsintyg (endast vid ändring från Licientiat examen till doktorexamen)**

***Attach new certification of financing (applies only to changes from a licentiate degree to a doctoral degree)***

**Ange anledning till ändring av avsedd examen/*State reason for changing the intended degree***

|  |
| --- |
|       |

**Huvudhandledare/*Principal supervisor***

|  |  |
| --- | --- |
| Efternamn/*Surname*      | Förnamn/*First name*      |
| Email/*E-mail address*      | Mobilnummer/*Mobile*      |
| Underskrift/*Signature* | Datum/*Date*      |
| **Föreståndare/*Director*** |  | **Vd/*Dean*** |
| Namnförtydligande/*Print name*      |  | Namnförtydligande/*Print name* |
| Datum/*Date*      |  | Datum/*Date*      |
| Underskrift/*Signature* |  | Underskrift/*Signature* |

**Ansökan skickas till / *Send the application to:***

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

Box 1026

551 11 Jönköping

Sweden