

☐

Tandläkarprogrammet

☐

Tandteknikerprogrammet

☐

Tandhygienistprogrammet

Namn:

Personnummer:

Adress:.....

Postnummer/postadress:

Mobiltelefon nummer:

Inför termin:

☐

Vt 20.....

☐

Ht20.....

Som Skäl för dispens vill jag anföra följande:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Ort

.....
Datum

.....
Underskrift

Insändes till :
Studentexpeditionen
Inst för odontologi
901 85 UMEÅ

Senast: **15 april** för HT
15 oktober för VT