# Ansökan om förtur vid verksamhetsförlagd utbildning inom kursen: *Kryssa i aktuell kurs nedan* ”Tillämpad apoteksfarmaci”, Apotekarprogrammet ”Läkemedel i det svenska samhället: teori och praktik med farmaceutiska författningar”, Kompletteringsutbildning för apotekare med utländsk examen från länder utanför EU/EES/Schweiz.

## Personuppgifter

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Personnummer | Namn | |
| Bostadsadress | | |
| Postnummer | Postadress | |
| Telefonnummer | | Mobiltelefon |
| E-post | | |

## Jag bifogar intyg som styrker min ansökan om förtur enligt kursens riktlinjer.

|  |  |
| --- | --- |
| Ort och datum | Underskrift |

## Beslut

|  |  |
| --- | --- |
| **Institutionen för medicin** Sahlgrenska akademin  VID GÖTEBORGS UNIVERSITET  Ansvarig för VFU-placeringen har beslutat att  bevilja din ansökan om förtur till placering vid verksamhetsförlagd utbildning  avslå din ansökan om förtur enligt den policy som föreligger för kursen  Enligt uppdrag | |
| Ort och datum | Underskrift/namnförtydligande |

**Ansökan skickas till:**

[vfuapotekare@gu.se](mailto:vfuapotekare@gu.se)

**eller**  
Institutionen för medicin

Anna Westblom

Box 453

405 30 Göteborg