# 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 akademinVID GÖTEBORGS UNIVERSITETAnsvarig 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 kursenEnligt uppdrag |
| Ort och datum | Underskrift/namnförtydligande |

**Ansökan skickas till:**

vfuapotekare@gu.se

**eller**
Institutionen för medicin

Anna Westblom

Box 453

405 30 Göteborg