

Ankomstdatum:
Dnr:

Alfred Nobels allé 7, Flemingsberg • 141 89 Huddinge • 46 08 608 40 00 • Org nr 202100–4896 • info@sh.se

# **ANSÖKAN OM ATT ARBETA DELTID, DOKTORAND**

|  |  |
| --- | --- |
| Efternamn, förnamn |       |
| Personnummer |       |
| Doktorand, år |       |
| Ämne |       |

Jag ansöker om deltid

|  |  |
| --- | --- |
| Deltid procent |       |
| Från och med datum       | Till och med datum       |
| Ange skäl till ansökan:      |
|  |
| Underskrift och datum av sökande doktorand |
| Underskrift |
| Namnförtydligande       | Datum       |

**UNDERLAG FÖR BESLUT**

|  |
| --- |
| Studierektorns/motsvarandes godkännande |
| Underskrift |
| Namnförtydligande       | Datum       |

|  |
| --- |
| Avdelningsföreståndarens godkännande |
| Underskrift |
| Namnförtydligande       | Datum       |

[ ] Doktorandens handledare har blivit informerad.

*Ansökan om deltidsarbete ska skickas till ämnets HR-generalist senast två månader innan beslut om ny anställning.*