

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.*