



ANMÄLAN OM STUDIEAVBROTT

Ansökan insändes till
Registrator
GIH
Box 5626
114 86 Stockholm

Personuppgifter

| | | |
|-------------------------|--------------------|--------------|
| Efternamn, tilltalsnamn | | Personnummer |
| Gatuadress | Postnummer | Postadress |
| Telefonnummer Bostad | Mobiltelefonnummer | Epost |

Inskrivnen vid

| | |
|--------------------------------------|-------------------|
| Utbildningsprogram / fristående kurs | Studiegrupp/Klass |
|--------------------------------------|-------------------|

Härmed anmäler jag min avsikt att avbryta mina studier vid ovanstående utbildningsprogram/fristående kurs

| |
|--|
| Datum för avbrottet |
| Anledning till att jag vill avbryta mina studier(frivillig uppgift) Medicinska skäl Sociala skäl Studieresultat Andra skäl |

Underskrift

| | |
|-----------|-------------|
| Ort/datum | Underskrift |
|-----------|-------------|

OBS! Student som avbryter sina studier är skyldig att informera Centrala Studiestödsnämnden (CSN) om förändringar i studiesituationen.