



FÖRSÄKRAN

Sjukledighet i samband med utbildningsbidrag för doktorander

Vid sjukdom omfattande mer än 7 dagar i följd skall läkarintyg inlämnas.

Person-uppgifter	Efternamn, förnamn	Personnummer
	Institution/avdelning	Tfn inst
Uppgifter om sjukledighet	Jag försäkrar att jag på grund av sjukdom varit oförmögen att ägna mig åt doktorandstudier	
	<input type="checkbox"/> Fullständigt	
	Fr o m	t o m
	<input type="checkbox"/> Ej fullständigt, men minst till hälften	
	Fr o m	t o m
	<input type="checkbox"/> Till mindre än hälften	
	Fr o m	t o m
Uppgifter om ersättning från försäkringskassan	<input type="checkbox"/> Jag får ingen ersättning från försäkringskassan. Utbildningsbidrag behålles.	
	<input type="checkbox"/> Jag får sjukpenning från försäkringskassan. Om ersättningen från försäkringskassan är lägre än utbildningsbidraget, betalar universitetet ut mellanskillnaden.	
Underskrift	Datum	Namnteckning

Postadress

Akademiförvaltningen
Box 400
405 30 Göteborg

Besöksadress

Medicinaregatan 3

Telefon

031-773 10 00 vx

Telefax

031-773 38 44