



- Tandläkarprogrammet**
- Tandteknikerprogrammet**
- Tandhygienistprogrammet**

Namn:

Person nummer:

Adress:.....

Postnummer/postadress:

Mobiltelefon nummer:

Inför termin: Vt 20..... Ht.....

Som Skäl för dispens vill jag anföra följande:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
Ort

.....
Datum

.....
Underskrift

Insändes till :
Studentexpeditionen
Inst för odontologi
901 85 UMEÅ

Senast:

15 april för HT
15 oktober för VT