

Institutionen för hälsovetenskaper  
Institutionen för medicinska vetenskaper

## Ansökan om byte/tillägg av handledare (Application for change/addition of supervisor)

### Doktorand (Doctoral student)

Namn (Name)	Personnummer (Date of birth, or if applicable, your Swedish personal identity number)
Forskarutbildningsämne/och ev. inriktning (Subject area/and any specialisation)	

### Nuvarande handledare (Current supervisor)

Huvudhandledare (Principal supervisor)	
Arbetsplats (Place of work)	E-post (E-mail address)

Biträdande handledare (Assistant supervisor)	
Arbetsplats (Place of work)	E-post (E-mail address)

Biträdande handledare (Assistant supervisor)	
Arbetsplats (Place of work)	E-post (E-mail address)

Biträdande handledare (Assistant supervisor)	
Arbetsplats (Place of work)	E-post (E-mail address)

### Avgående handledare (Outgoing supervisor)

Huvudhandledare (Principal supervisor)
--

Biträdande handledare (Assistant supervisor)
--

Biträdande handledare (Assistant supervisor)
--

Biträdande handledare (Assistant supervisor)
--

Institutionen för hälsovetenskaper  
Institutionen för medicinska vetenskaper

### Tillträdande handledare (*Incoming supervisor*)

Huvudhandledare ( <i>Principal supervisor</i> )	
Anknytning till Örebro universitet, ange titel och institutionstillhörighet ( <i>Affiliation to Örebro University, please state title and school affiliation</i> )	
Arbetsplats ( <i>Place of work</i> )	E-post ( <i>E-mail address</i> )

Biträdande handledare ( <i>Assistant supervisor</i> )	
Arbetsplats ( <i>Place of work</i> )	E-post ( <i>E-mail address</i> )

Biträdande handledare ( <i>Assistant supervisor</i> )	
Arbetsplats ( <i>Place of work</i> )	E-post ( <i>E-mail address</i> )

Biträdande handledare ( <i>Assistant supervisor</i> )	
Arbetsplats ( <i>Place of work</i> )	E-post ( <i>E-mail address</i> )

### Datum för byte av handledare/tillägg av handledare (*Date for change/addition of supervisor*)

Fr.o.m. datum ( <i>From date</i> )
------------------------------------

### Inlämning (*Submission*)

[fouadm.HV@oru.se](mailto:fouadm.HV@oru.se) när det gäller handikappvetenskap, idrottsvetenskap, medicinsk vetenskap med inriktning mot hälso- och vårdvetenskap (*regarding Disability Science, Sport Science, Medical Science with specialisation in Healthcare Sciences*)

[fouadm.MV@oru.se](mailto:fouadm.MV@oru.se) när det gäller medicinsk vetenskap med inriktning mot medicin, kirurgi eller biomedicin (*regarding Medical Science with specialisation in Biomedicine, Medicine and Surgical Science*)

Utbildnings- och forskningsadministratören sänder blanketten till studierektor för godkännande och vidare till prefekt för beslut. (*The study and research administrator sends the form to the director of studies for approval and on to the head of school for a decision.*)



Institutionen för hälsovetenskaper  
Institutionen för medicinska vetenskaper

**Beslut** (*Decision*)  
**Enligt ovanstående förslag** (*as proposed above*)

Datum (*Date*): .....

**Godkännes** (*Approved*)

**Avslås** (*Denied*)

.....  
Prefekt (*Head of School*)

.....  
Prefekt (*Head of School*)

Blanketten lämnas efter beslut av prefekt till forskarutbildningsadministratören. (*Following decision by the head of school, the form shall be forwarded to the research study administrator.*)

**Expediering** (*Decision issued*)

Inrapporterat i Ladok, datum/sign ( <i>Registered in Ladok, date/sign</i> )	Insänt till Registrator, datum/sign ( <i>Sent to Records Office, date/sign</i> )	Expedierat till doktorand, nuvarande/avgående och tillträdande handledare, datum/sign ( <i>Issued to doctoral student, current/outgoing and incoming supervisors, date/sign</i> )
--	---	---