**Ansökan om önskemål av specifik ort för verksamhetsförlagd   
utbildning (VFU) inom socionomprogrammet**

Förnamn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Efternamn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gatuadress: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Postnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postadress: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Student e-post (MDH-mail):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ange VFU-period du önskar specifik ort för: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Önskemål om specifik ort för VFU: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Har du tidigare rest för VFU utanför studieort/hemort? Ja [ ] Nej [ ]

Har du tidigare ansökt om specifik ort för VFU? Ja [ ] Nej [ ]

Följande skäl beaktas vid ansökan:

* **Medicinska skäl** hos studenten vilket kräver närvaro på viss ort eller försvårar resor[[1]](#footnote-1)
* **Vård eller omsorg** av nära anhörig som kräver närvaro på viss ort eller försvårar resor[[2]](#footnote-2)
* **Förälder/vårdnadshavare** till barn under ett år[[3]](#footnote-3)

Ange din motivering:

Datum:

Sänd din anmälan **senast den 31 maj inför VFU 1** **och senast den 31 oktober**

**inför VFU 2** till VFU-handläggare för VFU inom socionomprogrammet

Marie Zettergren Mälardalens högskola, HVV, BOX 325, 631 05 Eskilstuna

**Beslut**

För- och efternamn:

[ ] Du kommer i mån av plats/tillgång att erbjudas ort enligt dina önskemål

[ ] Du kommer i mån av plats/tillgång att erbjudas ort enligt dina önskemål i någon/några av dina placeringar

[ ] Du kommer inte att erbjudas ort enligt dina önskemål

Ort: Datum:

Information från beslutande avdelningschef:

Avdelningschef socionomprogrammet

*Avdelningschef socionomprogrammet beslutar i ärendet.*

1. Aktuellt läkarintyg krävs. [↑](#footnote-ref-1)
2. Avser vård av nära anhörig på grund av medicinska skäl eller omsorgsbehov hos barn med funktionsnedsättning. Läkarintyg och/eller intyg från Försäkringskassan eller motsvarande krävs. [↑](#footnote-ref-2)
3. Intyg från Skatteverket eller motsvarande krävs. [↑](#footnote-ref-3)