



Akademin för hälsa,
vård och välfärd

Ansökan om önskemål av specifik ort för verksamhetsförlagd utbildning (VFU) på program/specialistsjuksköterskeutbildning

Ange program/specialistutbildning ansökan gäller för:	
--	--

Förnamn	Efternamn
Personnummer	Telefonnummer
Gatuadress	Postnummer
Postadress	Studentmail (MDH-mail)

Ange vilken termin 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

Ansökan ska vara HVV tillhanda senast:

Sjuksköterskeprogrammet och Barnmorskeprogrammet den **30 april inför** höstens VFU och den **31 oktober inför** vårens VFU.

Specialistsjuksköterskeutbildningar den **31 oktober inför** vårens VFU.

Fysioterapeutprogrammet den **31 maj inför** höstens VFU och den **30 november inför** vårens VFU.

Socionomprogrammet den **31 mars inför** höstens VFU och den **31 augusti inför** vårens VFU

Följande skäl beaktas vid ansökan:

- Förälder/Vårdnadshavare till barn under 1 år¹
- Ensamstående vårdnadshavare med ensam vårdnad till barn i behov av vård eller omsorg vilket kräver närvaro på viss ort eller försvarar resor²
- Medicinska skäl hos student/barn vilket kräver närvaro på viss ort eller försvarar resor³

¹ Intyg från Skatteverket krävs.

² Vård- eller omsorgsbehovet behöver kunna styrkas med intyg från exempelvis Skatteverket, Försäkringskassan, läkarintyg och/eller barnomsorgen beroende på vilka skäl som åberopas. Att studenten har ensam vårdnad ska också intygas.

³ Aktuellt läkarintyg eller intyg från samordnare för studenter med funktionsnedsättningar krävs.

Ange din motivering:**Datum:** _____**Students namnunderskrift:** _____

Sänd din anmälan till **handläggare för VFU** på respektive utbildning/utbildningsort

Studieort Eskilstuna/Södertälje/Nyköping

Mälardalens Högskola
Akademin för hälsa vård och välfärd (HVV)
(VFU handläggares namn)
Box 325, 631 35 Eskilstuna

Studieort Västerås

Mälardalens Högskola
Akademin för hälsa vård och välfärd (HVV)
(VFU handläggares namn)
Box 883, 721 23 Västerås

Beslut

Förnamn	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

Information från beslutande avdelningschef:**Ort:** _____**Datum:** _____**Avdelningschefs underskrift:** _____**Namnförtydligande:** _____

Avdelningschef för programmet/utbildningen beslutar i ärendet