

Studieavbrott vid sysselsättningsfrämjande utbildning

Den studerande fyller i

Namn	Personbeteckning
E-post	

Jag anholder om att säga upp min studieplats vid

Utbildningsanordnarens namn	Från och med datum
Kurs	Lärare

Orsak

☐ heltidsarbete
☐ deltidsarbete
☐ andra studier
☐ sjukdom
☐ annan orsak, vilken

Jag önskar fortsättningsvis vara anmäld som arbetssökande vid AMS

☐ Ja ☐ Nej

Utbildningsanordnaren fyller i

Ovanstående studerande beviljas studieavbrott från och med, datum

Underskrift

Ort och datum	
Studerandens underskrift	Utbildningsanordnarens underskrift

Lämna blanketten till AMS efter godkännande från utbildningsanordnaren