

Synskadades Vänner Skaraborg
c/o Lennart Johansson
Södra Kolarestigen 79
542 45 MARIESTAD

Ansökan om stipendium till synskadad student**Sökanden**

Namn:	
Personnummer:	

Studieadress

Gatuadress:	
Postnummer:	
Postort:	
Telefon-/mobilnummer:	
E-postadress:	

Hemadress i Skaraborg

Gatuadress:	
Postnummer:	
Postort:	

Bankkonto

Bankens namn:	
Clearingnummer:	
Kontonummer:	

Synstatus

Grad av synskada (kryssa)?	<input type="checkbox"/> Blind	<input type="checkbox"/> Synsvag
-----------------------------------	--------------------------------	----------------------------------

Inskrivnen vid syncentral (kryssa)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
--	-----------------------------	------------------------------

Påbörjad utbildning

Universitetets/Högskolans namn:	
Utbildningsperiod (ÅÅÅÅ-MM – ÅÅÅÅ-MM):	
Utbildningens namn (examen):	

Obligatoriska bilagor som bifogas

Antagnings- eller inskrivningsbevis från universitet/högskola (kryssa)	<input type="checkbox"/>
Personbevis från Skatteverket (kryssa)	<input type="checkbox"/>

Underskrift

Jag försäkrar på heder och samvete att lämnade uppgifter är riktiga samt samtycker till att uppgifterna får databehandlas i enlighet med personuppgiftslagen (SFS 1998:204).

Datum	Namnförtydligande	Namnteckning

Information

Synskadades Vänner Skaraborg utlyser årligen två stipendier på vardera 15 000 kr för synskadade studerande hemmahörande i f.d. Skaraborgs län, som bedriver minst tvååriga gymnasiala eller eftergymnasiala studier på högskolenivå. Hemmahörande är den som är bosatt i f.d. Skaraborgs län eller bosatt på annat ort för studierna.

Stipendiet ska sökas senast den 1 februari på SVS ansökningsformulär. Frågor om stipendiet kan ställas till kassören LennartJohansson på telefon 0705-77 45 40 eller via mejl till

kassoren@synskadadesvannerskaraborg.se