**DISPENSATIONSANSØGNING - Vedrørende Kommunomuddannelsen**

For at sikre, at vi får de oplysninger, der er nødvendige i forbindelse med behandlingen af din ansøgning, bedes du udfylde nedenstående skema og sende det på mail til hkd@komponent.dk. Alle oplysninger behandles fortroligt, og du får svar på din ansøgning i løbet af en uges tid.

|  |  |
| --- | --- |
| **Navn og cpr.nr.:** |  |
| **Privatadresse:** |  |
| **Arbejdssted:** |  |
| **e-mail og tlf.:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sæt x** | **Jeg søger dispensation til:** |
|  | At forlænge fristen (6 år) for færdiggørelsen af min Kommunomuddannelse |
|  | Andet: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sæt x** | **Jeg søger dispensation på baggrund af:** |
|  | Barsel – i perioden: |  |
|  | Sygdom – i perioden: |  |
|  | Specielle forhold på min arbejdsplads: |
|  | Andet: |

|  |
| --- |
| **Øvrige bemærkninger:** |

**Dato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ovenstående bekræftes af:**

|  |
| --- |
| **Leders/arbejdsgivers navn, titel og e-mailadresse:** |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Leders/arbejdsgivers underskrift**

**BEMÆRK: Leder/arbejdsgiver modtager en kopi af dispensationen**