



## STUDIEINTYG

FÖR KONTANTERSÄTTNING

Lämnas till skolan på studieorten

Förnamn	Efternamn	Personnummer
---------	-----------	--------------

Skolans namn	Skolort	E-post
Program	Årskurs	CSN-kod
Fr o m                      T o m	Studierna beräknas vara avslutade	Kommunkod

**Intygas av skolan**

\_\_\_\_\_  
Ort och datum

\_\_\_\_\_  
Underskrift

Skolans stämpel

**Var vänlig meddela Kunskapsförvaltningen i Karlskrona om eleven avbryter studierna**

**Skicka ansökan till:**

**Kunskapsförvaltningen  
Marie Eriksson  
37183 Karlskrona**

Kunskapsförvaltningen

Adress  
37183 Karlskrona

Besöksadress  
Östra Hamngatan 7 B

Telefon  
0455-30 30 00

Telefax  
0455-30 30 30

E-postadress  
kunskapsforvaltningen@karlskrona.se