



STAFFANSTORPS
KOMMUN

Ansökan om inackorderingstillägg

Avser läsår

Skickas till:
Staffanstorps kommun
Utbildningsförvaltningen
245 80 Staffanstorps

Elevens personuppgifter

Förnamn och efternamn		Personnummer
Adress		Telefonnummer (även riktnummer)
Postnummer	Ort	Mobilnummer

Elevens inackorderingsadress

Adress		c/o
Postnummer	Ort	Telefonnummer (även riktnummer)

Studieuppgifter

Skolans namn		Skolort
Program/gren	Årskurs	Ansökan avser Hela HT <input type="checkbox"/> Hela VT <input type="checkbox"/>

Vårdnadshavare om du ej är myndig

Vårdnadshavarens namn		Personnummer
Adress	Postnummer och Postort	
Utbetalning till bankkonto inkl clearingnummer		

Underskrifter

Ort	Datum	Ort	Datum
Namnunderskrift Elev		Namnunderskrift vårdnadshavare (omyndig elev)	

Kommunens beslut

<input type="checkbox"/> Beviljas för HT	belopp _____ x4mån _____	Totalt att betala ut _____
<input type="checkbox"/> Beviljas för VT	belopp _____ x5mån _____	Totalt att betala ut _____
<input type="checkbox"/> Avslag	Utbetalas sista bankdagen i september resp i januari	
Beslutsdatum	Beslutsfattares underskrift	

Jag godkänner att mina personuppgifter behandlas av Staffanstorps kommun i enlighet med Dataskyddsförordningen.