**Indstilling vedr. udbetaling af forskningsårsstipendie**

*Gælder for både ordinære og eksterne midler administreret af Aarhus Universitet*

Felter med \* skal udfyldes!

\*Forskningsårsstuderendes navn:

\*Forskningsårsstuderendes akademiske titel: stud.

\*CPR-nr.:       \*Afdeling/sektion:

\*Institut:       \*Enhedsnr.:

\*Indskrevet fra:Klik her for at angive en dato. \*Indskrevet til: Klik her for at angive en dato.

**Indstilling til aflønning som forskningsårsstipendiat (615)**

**Kontering af stipendieudbetaling** *(Udfyldes af instituttet eller bevillingshaver)*

\*Bevillingsgiver (f.eks. DFF, Novo Nordisk):

\*Periode fra: Klik her for at angive en dato. Periode til: Klik her for at angive en dato.

\*DR:   \*Sted:      \*Projekt:       \*Aktivitetsnr.:

Periode fra: Klik her for at angive en dato. Periode til: Klik her for at angive en dato.

DR:   Sted:      Projekt:       Aktivitetsnr.:

Periode fra: Klik her for at angive en dato. Periode til: Klik her for at angive en dato.

DR:   Sted:      Projekt:       Aktivitetsnr.:

\*Projektansvarlige navn og underskrift:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Institutleder navn og underskrift:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Denne indstilling indscannes sammen med finansieringstilsagn og sendes pr. mail til** **graduateschoolhealth@au.dk**