

# MASTERUDDANNELSEN

## ANSØGNING OM MERITOVERFØRSEL

DET TEOLOGISKE FAKULTET

KØBENHAVNS UNIVERSITET



Navn: \_\_\_\_\_ Cpr.nr.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tlf.: \_\_\_\_\_ E-mail-adresse: \_\_\_\_\_

Beskrivelse af kurser skal vedlægges med dokumentation af niveau og vægtning.

### Ansøgning om meritoverførsel:

Kurser som ønskes meritoverført:	ECTS	Semester	Uddannelsesinstitution

Dato: \_\_\_\_\_ Underskrift (studerende): \_\_\_\_\_

### UDFYLDES AF STUDIELEDER:

Studieleder godkender herved ovenstående:

Dato: \_\_\_\_\_ Studieleder: \_\_\_\_\_