**Blanket til dokumentation for gennemført selvtilrettelagt projektforløb på kandidatuddannelsen i medicin**

|  |  |
| --- | --- |
| **Navn** |  |
| **Studienummer** |  |
|  |  |
| **Projektsted** |  |
| **Adresse** |  |
|  |  |
| **Periode for projektforløbet** |  |
| **Antal timer i alt på projektsted** |  |
|  |  |
| **AU-vejleders navn** |  |
| **Mail** |  |

|  |
| --- |
| **Ekstern vejleder bekræfter med sin underskrift at:*** **Projektforløbet er gennemført som planlagt jf. forhåndsgodkendelsen**
* **Den studerendes projektforløb har haft en varighed og omfang, som angivet i rubrikken ovenfor**
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ekstern vejleder på projektsteds navn** |  |
| **Mail** |  |
| **Underskrift** |   |

***OBS: Blanketten afleveres sammen med det skriftlige produkt***