

**ANSÖKAN OM STIPENDIUM**  
ur Disponent Chr Storjohanns Stiftelse

**SÖKANDE – Studerande**

Efternamn	Förnamn		Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer	Postadress	E-post

**ANKNYTNING TILL FOND/STIFTELSE**

Är anställd <input type="checkbox"/> Ja, sedan - - - <input type="checkbox"/> Nej		
Nuvarande befattning	Arbetsgivare och arbetsplats	
Har anhörig anställd <input type="checkbox"/> Far/Fosterfar <input type="checkbox"/> Mor/Fostermor	Namn	Arbetsgivare/arbetsplats

**STUDIER**

Skolans namn		Studiekursens (motsv) benämning
Antal läsår totalt	Nu aktuellt läsår är <input type="checkbox"/> Första <input type="checkbox"/> Andra <input type="checkbox"/> Tredje <input type="checkbox"/> Fjärde <input type="checkbox"/> Femte	Examen beräknas avläggas
<input type="checkbox"/> Bor hemma	<input type="checkbox"/> Bor på skolorten	<input type="checkbox"/> Bor i egen lägenhet/villa

**TIDIGARE STIPENDIUM FRÅN STIFTELSEN**

<input type="checkbox"/> Ja	År _____	<input type="checkbox"/> Nej
	År _____	

**ANDRA BIDRAGSMÖJLIGHETER**

Bidragskällans namn	Belopp	Har sökt	Utgår

**ORT, DATUM och UNDERSKRIFT**

Ort	Datum	Underskrift
-----	-------	-------------

Inlämnas senast 15 mars.

**OBS! Var vänlig bifoga studieintyg**

**Disponent Chr Storjohanns Stiftelse**  
Mikael Karlsson  
Udden  
663 29 SKOGHALL

Org.nr  
874400-2919  
Styrelsen har sitt säte i  
Skoghall

Telefon  
01046-73212

Telefax  
01046-53399