

Namn: _____

Socialskyddssignum: _____

Adress i Närpes: _____

Adress på studieorten: _____

E-postadress: _____

Telefon: _____

Kontonummer: _____

Studerar vid: _____

Studierna syftar till: _____ examen

Examensarbetet uppgörs i samarbete med företag
eller organisation i Närpes: _____

Kontaktperson och –uppgifter till företaget eller
organisationen: _____

Kort beskrivning av examensarbetet: _____

Examensarbetet har påbörjats: _____

Beräknas bli färdigt: _____

Datum

Underskrift

Blanketten returneras till Stadsstyrelsen i Närpes, Kyrkvägen 2 64200 Närpes