

Överklagande av CSN:s beslut om studiestöd

Datum: den / 201....

Personuppgifter

Namn:	Personnummer:
Adress:	Tel nr:
Postadress:	Mobil:
E-post:	
Ev. ställföreträdare/vårdnadshavare (för omyndig studerande)	
Namn:	Personnummer:
Adress:	Tel nr:
Postadress:	Mobil:
E-post:	

Överklagandet avser följande beslut

Beslut som jag vill ha ändrat/ändrade	
Datum för beslutet/besluten:	

Jag vill att beslutet/besluten ändras på följande sätt

--

Jag åberopar följande till stöd för mitt överklagande

--

Datum och underskrift

..... den / 201....	Namnteckning
---------------------	--------------------

Skicka ditt överklagande till:

CSN
Box 488
631 06 Eskilstuna