

Antragstellerin/Antragsteller

Akad. Grad, Vorname/n, Familienname

geb. am in (Ort)

Studienadresse (PLZ, Ort, Straße)

Heimatadresse (PLZ, Ort, Straße)

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Sozialversicherungsnummer:

Matrikelnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kennzeichnung des Studiums:
Q203 Zahnmedizin



MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT
INNSBRUCK

*Studierende müssen den Antrag persönlich
in der Abteilung für Lehre und Studienan-
gelegenheiten, Speckbacherstraße 31-33,
6020 Innsbruck abgeben!*

ANTRAG AUF WECHSEL DER STUDIENPLANVERSION

Füllen Sie dieses Formular in BLOCKSCHRIFT genau und vollständig aus!

Hiermit beantragt die/der Antragstellerin/Antragsteller den Wechsel von der Studienplanversion V__ in die Studienplanversion V__.

Ort/Datum

Unterschrift der/des Studierenden

Anlage: Studienblatt (aktuell)

Von der Abteilung für Lehre und Studienangelegenheiten auszufüllen:

Kontrolle Studienplanversion

Datum: _____

Änderung im i-med.inside vorgenommen

SachbearbeiterIn: _____

**MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT INNSBRUCK
ABTEILUNG FÜR LEHRE UND STUDIENANGELEGENHEITEN**

Speckbacherstraße 31-33, A-6020 Innsbruck
Telefon: +43(0)512-9003-70052 – Telefax: +43(0)512-9003-73041
E-mail: sabine.oberleiter@i-med.ac.at – Internet: <http://www.i-med.ac.at>