

**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:  
**Q201 Medizin**



MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT  
INNSBRUCK

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

**EINREICHUNG EINER DISSERTATION**

*Gemäß § 19 des Satzungsteiles „Studienrechtliche Bestimmungen“ der Medizinischen Universität Innsbruck, verlautbart  
im Mitteilungsblatt der Medizinischen Universität Innsbruck, vom 8. März 2004, 18. Stück*

Füllen Sie dieses Formular in BLOCKSCHRIFT genau und vollständig aus!

**Titel der Dissertation** (Originaltitel in Deutsch oder Englisch): **Tag der Anmeldung:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Titel der Dissertation** (Übersetzung des Originaltitels):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Name, Titel, Adresse der/des Betreuerin/Betreuers:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die Dissertation wird zum .... Mal vorgelegt.

Dem Ansuchen werden folgende Nachweise angeschlossen:

- Dissertation in 4 Ausfertigungen
- vollständiges Formular der Dissertationsdatenbank

Ich versichere,

1. dass ich die Dissertation selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner Hilfsmittel bedient habe.
2. dass ich diese Dissertation bisher weder im In- oder Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

---

Ort/Datum

Unterschrift der/des Studierenden

Die Dissertation wird

1. Begutachterin/Begutachter: \_\_\_\_\_  
(Name, Titel, Klinik/Institut)

2. Begutachterin/Begutachter: \_\_\_\_\_  
(Name, Titel, Klinik/Institut)

zur Beurteilung vorgelegt.

Die Dissertation ist innerhalb von **höchstens 6 Wochen** zu beurteilen.

Datum

Unterschrift der/des Vizerektorin/Vizerektors für Lehre und Studienangelegenheiten

---

Kopien der Beurteilungsunterlagen erhalten.

---

Ort/Datum

Unterschrift der/des Studierenden

**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](mailto:sabine.oberleiter@i-med.ac.at) – Internet: <http://www.i-med.ac.at>**