



MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT  
INNSBRUCK

**Ansuchen um Anerkennung als  
"Freie Wahlfächer"  
für das Diplomstudium der ZAHNMEDIZIN**

An den  
**Vizerektor für Lehre  
und Studienangelegenheiten**  
der Medizinischen Universität Innsbruck

Matrikelnummer

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

Familienname(n), Vorname(n) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Zustelladresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel. Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Ich ersuche um Anerkennung der beiliegenden Lehrveranstaltungszeugnisse als "**Freie Wahlfächer**" im Ausmaß von \_\_\_\_\_ **Semesterstunden** für das Studium der Studienrichtung ZAHNMEDIZIN an der Medizinischen Universität Innsbruck.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

**Hinweis:**

Dem Ansuchen sind beizuschließen:

- Zulassungs- bzw. Fortsetzungsbestätigung
- Lehrveranstaltungszeugnisse (in Original und Kopie)