

Füllen Sie dieses Formular ELEKTRONISCH korrekt und vollständig aus.
Händisch ausgefüllte oder auch nur teilweise händisch ausgefüllte Formulare
werden nicht angenommen!



MEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT
INNSBRUCK

Antragstellerin/Antragsteller

Matrikelnummer

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

UQ 203 Zahnmedizin

Akad. Grad, Vorname/n, Familienname, Akad. Grad

Telefonnummer:

@student.i-med.ac.at

E-Mail: (ausschließlich MUI Studierenden Adresse)

FIXIERUNG DIPLOMARBEITSTITEL

ACHTUNG! Der Titel darf die maximal 100 Zeichen nicht überschreiten
und muss mit der Titelangabe in der Diplomarbeit übereinstimmen.
Ansonsten kann die Diplomarbeit nicht eingereicht werden!

Studierende müssen diesen Antrag
elektronisch korrekt und vollständig
ausfüllen und anschließend per Mail an
zahnmedizin@i-med.ac.at
übermitteln. Das Formular wird bei
Einreichung der Diplomarbeit in der
Abteilung Lehr- und Studienorganisation
unterschrieben!

Exakter Titel der Diplomarbeit (Originaltitel in Deutsch oder Englisch) – maximal 100 Zeichen:

Titel der Diplomarbeit (Übersetzung des Originaltitels) – maximal 100 Zeichen:

Angaben zur/zum Betreuer/in:

Titel, Vorname, Nachname:

Institution:

Adressangaben (falls nicht MUI):

Angaben zur/zum Gutachter/in:

Titel, Vorname, Nachname:

Institution:

Adressangaben (falls nicht MUI):

Hiermit bestätige ich, dass der angegebene Diplomarbeitstitel mit meinem/meiner Betreuer/in abgeklärt wurde. Weiters nehme ich mit meiner Unterschrift zur Kenntnis, dass oben angeführter Titel sowohl auf der Abschrift der Studiendaten als auch auf der Sponsionsurkunde aufscheint.

Ort/Datum

Unterschrift der/des Studierenden

MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT INNSBRUCK
ABTEILUNG LEHR- UND STUDIENORGANISATION

Fritz-Pregl-Straße 3, A-6020 Innsbruck
E-mail: zahnmedizin@i-med.ac.at Internet: <http://www.i-med.ac.at>