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

_____
Akad. Grad, Vorname/n, Familienname

Kennzeichnung des Studiums:
UQ 066 602 Molekulare Medizin

_____
Telefonnummer

Studierende müssen den Antrag persönlich in der Abteilung Lehr- und Studienorganisation, Fritz-Pregl-Straße 3, 6020 Innsbruck abgeben!

_____@student.i-med.ac.at
E-Mail (ausschließlich MUI Studierenden Adresse)

Proposal for public defense of the Master's thesis

Defense

Location: _____

Date/Time:_____
dd.mm.yyyy hh:mm

Supervisor/Chair: _____

1st Examiner: _____

2nd Examiner: _____

Additional Examiner: _____

Additional Examiner: _____

Signatures

_____ _____

Date Student Date Student

_____

Date Head of Master's Programm in Molekular Medicine

Approved by Vice Rector for Teaching and Study Matters ☐ YES ☐ NO

Date

ao. Univ.-Prof. Dr.med.univ. Wolfgang Prodinger, MME (Bern)
Vice Rector for Teaching and Study Matters