

Fach(arzt)spezifische Weiterbildung* (DFP, CME)

Clinical PhD / Doctor of Philosophy (Q 794 445 202)

Please complete this form and tick where appropriate!

PhD Kandidat / Kandidatin

Akad. Grad, Familienname:

.....

Vorname:

.....

Matrikelnummer:

.....

Adresse:

.....

.....

Telefonnummer:

.....

E-Mail:

.....

**ABTEILUNG FÜR LEHRE UND
STUDIENANGELEGENHEITEN**

Speckbacherstraße 31-33, 6020 Innsbruck, Austria Tel.
+43 512 9003 - 70050, Fax +43 512 9003 - 73041
PhD-Studien@i-med.ac.at
www.i-med.ac.at



**MEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT**
INNSBRUCK

Veranstaltungen

siehe Beiblatt I

nachgewiesen

davon werden:

ECTS Punkte für die

Fach(arzt)spezifische Weiterbildung anerkannt

.....
Datum

.....
Unterschrift des/der Studierenden

befürwortet

nicht befürwortet

.....
(Kommentar)

.....
Datum

.....
Unterschrift des/der Koordinators/Koordinatorin

Anerkennung

ja

nein

.....
Datum

.....
Vizekanzler für Lehre und Studienangelegenheiten
Univ.-Prof. Dr. Peter Loidl

Hinweis:

Dem Ansuchen sind beizulegen:

- Beiblatt I mit dem Veranstaltungsüberblick
- Die Bestätigungen der Teilnahme an den Veranstaltungen in Original und Kopie