

Ansuchen um Änderung(en) im Studienvertrag

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

Please complete this form **exclusivly computer based** 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

Ich ersuche um Genehmigung folgender Änderung im Studienvertrag

Die Änderung betrifft:

.....
.....

Die derzeitige Vereinbarung lautet:

.....
.....

Die neue Vereinbarung lautet:

.....
.....
.....

Unterschrift der Kandidatin/des Kandidaten

.....
Datum

.....
Unterschrift der Kandidatin/des Kandidaten

Zustimmung des Programmkoordinators/der Programmkoordinatorin

.....
Datum

.....
Unterschrift des Programmkoordinators/der Programmkoordinatorin

Genehmigung durch den Vizerektor für Lehre und Studienangelegenheiten

die Änderung wird

genehmigt

nicht genehmigt

.....
Datum

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