



**Antragstellerin/Antragsteller**

Matrikelnummer

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

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

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer:

\_\_\_\_\_  
@student.i-med.ac.at

\_\_\_\_\_  
E-Mail (ausschließlich MUI Studierenden Adresse)

## **ANSUCHEN UM BERÜCKSICHTIGUNG ZUR STUNDENREDUZIERUNG VON FREIEN WAHLFÄCHERN**

an das studienrechtliche Organ der Medizinischen Universität Innsbruck

**Für:**

- Freie Wahlfächer  
im Ausmaß von ..... SSt/ ECTS.

**Für das Studium:**

- UQ 202 Humanmedizin
- UQ 203 Zahnmedizin
- UQ 033 302 Molekulare Medizin

### **BEILAGEN (Original und Kopie):**

- LV-Zeugnis(se) inkl. Auflistung der absolvierten LV in SSt.

\_\_\_\_\_  
Innsbruck, am

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Studierenden