

Angaben zur Person

Akademischer Grad:

Familiennamen:

Vorname:

Matrikelnummer:

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ):

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Studienabschluss:

Ich möchte meine Urkunde im Rahmen der **Akademischen Feier** am _____ (dd.mm.yyyy) erhalten.

Ich bin mit der Veröffentlichung meines Namens in diversen Printmedien

einverstanden.

nicht einverstanden.

Ich bin bereit, eine kurze Ansprache im Rahmen der Akademischen Feier vorzutragen.

Ja

Nein

Einverständniserklärung Filmaufnahme während der Akademischen Feier

Ich erteile mit meiner Unterschrift ausdrücklich meine Zustimmung zur Erstellung von Foto-, Bild- und Tonaufnahmen (z.B. Film, Foto etc.) meiner Person im Rahmen der Akademischen Feier, sowie zur Verwendung und Veröffentlichung dieser zum Zwecke der öffentlichen Berichterstattung in den Medien, zur Erstellung eines Films und zur Veröffentlichung eines Kurzfilms auf Social Media Plattformen. Ich nehme weiters mit meiner Unterschrift zur Kenntnis, dass ich ohne diese Einverständniserklärung nicht am Festakt teilnehmen kann.

Ich beantrage eine Schriftliche Verleihung meiner Urkunde.

Abholung in der Abteilung Studierendenservices

Postalische Zustellung an folgende Adresse:

Postleitzahl _____

Straße _____

Ort _____

Hausnummer _____

Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizulegen:

- Bescheid über die Verleihung des Akademischen Grades
- Reisepass, Personalausweis oder StudentCard
- Einzahlungsbestätigung

Datum

Unterschrift

Application: Graduation Ceremony



MEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT
INNSBRUCK

Personal data

Academic degree: _____ Family name: _____ First name: _____

Matriculation number: _____ Date of birth (dd.mm.yyyy): _____

Telephone number: _____ E-mail: _____

Study program completed: _____

I would like to receive my certificate at the academic ceremony on _____ (dd.mm.yyyy).

I agree don't agree with the publication of my name in various print media.

I am prepared to deliver a short speech at the academic ceremony.

Yes No

Declaration of consent for filming during the academic ceremony

With my signature, I expressly give my consent to the creation of photographs, images and sound recordings (e.g. film, photo, etc.) of my person within the framework of the academic ceremony, as well as to the use and publication of these for the purpose of public reporting in the media, the creation of a film and the publication of a short film on social media platforms. I further acknowledge with my signature that I cannot participate in the ceremony without this declaration of consent.

I request that my certificate be awarded in writing.

Pick-up in the Department Student Services

Postal delivery to the following address:

Post code _____ Street _____

Town _____ House number _____

The following documents must be enclosed with the application:

- Decision on the award of the academic degree
- Passport, ID or StudentCard
- Payment confirmation

.....
Date

.....
Signature