

MELDUNG DER KOMMISSIONELLEN MASTERPRÜFUNG

Angaben zum/zur Studierenden		
Studienkennzahl:	Matrikelnummer:	
Familienname:	Vorname:	
Adresse:	PLZ:	Ort:
E-Mail:	Telefonnummer:	

Die Voraussetzung für die Meldung der Kommissionellen Masterprüfung ist die Approbation der Masterarbeit!

Datum der Anmeldung: _____

Unterschrift: _____
des/der Studierenden

KOMMISSIONELLER PRÜFUNGSSENAT

Datum der Prüfung:	Uhrzeit der Prüfung:
Prüfungsort (genaue Raumbezeichnung):	

Vorsitz (Betreuer:innen)	
Name:	
OE/Klinik - Abteilung:	
E-Mail:	Telefonnummer:

Prüfer:innen 1	
Name: (Akad. Titel)	
OE/Klinik - Abteilung:	
E-Mail:	Telefonnummer:

Prüfer:innen 2	
Name: (Akad. Titel)	
OE/Klinik - Abteilung:	
E-Mail:	Telefonnummer:

Hiermit erkläre ich mich bereit, die oben genannte Kommissionelle Masterprüfung durchzuführen:

Vorsitz

PrüferIn 1

PrüferIn 2

Genehmigt durch die Curriculumdirektion