**Antragstellerin/Antragsteller:** Matrikelnummer

     

Akad. Grad, Vorname/n, Familienname Kennzeichnung des Studiums

UC

Anschrift: PLZ, Ort, Straße

E-Mail, Telefonnummer

Studium

An das

Prüfungsreferat Standort Technikerstraße 17

Leopold-Franzens-Universität Innsbruck

A-6020 Innsbruck

#### 

***Anmeldung zur kommissionellen Abschlussprüfung bzw. zur Verteidigung der Masterarbeit – Defensio***

**Bildung des Prüfungssenates:**

**Der gewünschte Prüfungstag und die gewünschten Prüferinnen bzw. Prüfer sind von der Studierenden bzw. vom Studierenden einzutragen und durch die Unterschriften der jeweiligen Personen bestätigen zu lassen (anstelle der Unterschrift der Prüferin / des Prüfers bzw. der Vorsitzenden / des Vorsitzenden kann auch deren bzw. dessen E-Mailbestätigung beigelegt werden).**

**PRÜFUNGSDATUM:**       **UHRZEIT:**      **PRÜFUNGSORT:**      **\_\_\_**

1. Prüfer/in bzw. Betreuer/in Unterschrift

2. Prüfer/in Unterschrift

3. Prüfer/in bzw. Vorsitzende/r des Prüfungssenates Unterschrift

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Unterschrift der Studierenden / des Studierenden, Datum**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Für den/die Universitätsstudienleiter/in**