

Anmeldeformular Ergänzungsprüfung
Application form for Supplementary Exam

1. Persönliche Daten / Personal details

Titel Academic title	Geburtsdatum Date of birth	
Nachname Last name		
Vorname First name		
Geschlecht Sex	<input type="checkbox"/> w / f <input type="checkbox"/> divers / non-binary <input type="checkbox"/> offen / un-specified	<input type="checkbox"/> m / m <input type="checkbox"/> inter / intersex <input type="checkbox"/> keine Angabe / no gender
Adresse Address		
Telefon Phone no.	Matrikelnummer Registration no.	
E-Mail-Adresse Email address		

2. Prüfung (Zutreffendes bitte ankreuzen und Termin eintragen.) /
Exam (Please tick the appropriate box and enter the date.)

<input type="checkbox"/> Ergänzungsprüfung Latein Supplementary Exam Latin	Termin Date
<input type="checkbox"/> Ergänzungsprüfung Latein für JuristInnen Supplementary Exam Latin for Law Students	Termin Date
<input type="checkbox"/> Ergänzungsprüfung (Alt-)Griechisch Supplementary Exam Greek	Termin Date

Ich erkläre mich mit den Allgemeinen Geschäftsbedingungen des Sprachenzentrums einverstanden
(siehe Website unter <http://www.uibk.ac.at/sprachenzentrum/>).

I agree to the Terms and Conditions of the Language Centre (see website
<http://www.uibk.ac.at/sprachenzentrum>).

Datum / Date

Unterschrift / Signature