

Antragstellerin/Antragsteller:

Matrikelnummer

Kennzeichnung des Studiums

Akad. Grad, Vorname/n, Familienname

Anschrift: PLZ, Ort, Straße

E-Mail, Telefonnummer

An das
Prüfungsreferat der Katholischen-Theologischen Fakultät
Universität Innsbruck
Universitätsstraße 15
6020 Innsbruck

Anmeldung der Diplom-/Masterarbeit

(§ 81 Universitätsgesetz 2002 und § 24 Abs. 4 der Studienrechtlichen Bestimmungen der Satzung der Leopold-Franzens-Universität Innsbruck)

Thema der Diplom-/Masterarbeit (bitte leserlich ausfüllen):

Diplom-/Masterarbeitsmodul:

| | Titel der Lehrveranstaltungen | LV-Form | Vortragende/r | Semester | Std. Anz. |
|----|-------------------------------|---------|---------------|----------|-----------|
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |

Betreuer/in:

-Funktion/Amtstitel/Akad. Grad/Vorname/Familienname

-Venia/Habilitationsfach der Betreuerin/des Betreuers

-Institut bzw. Fakultät/Universität/falls nicht Innsbruck: genaue Kontaktadresse (Anschrift, Telefonnummer, E-Mail etc.)

Einschätzung der Betreuerin/des Betreuers zum voraussichtlichen Bedarf an Geld- oder Sachmitteln:

Geld- oder Sachmittel sind erforderlich (Zutreffendes bitte ankreuzen): JA NEIN
(Im Bedarfsfall wird um eine Aufstellung auf einem Beiblatt gebeten.)

Zustimmung der Betreuerin/des Betreuers

zur Übernahme der Betreuung (allenfalls Anlage)

Unterschrift der Betreuerin/des Betreuers, Datum

Mitwirkende/r Betreuer/in:

-Funktion / Amtstitel / Akad. Grad / Vorname / Familienname

Unterschrift der/des Mitwirkenden, Datum

Unterschrift der/des Studierenden, Datum

ACHTUNG: Die Stellungnahme der zuständigen Institutsleiterin/des zuständigen Institutsleiters ist nur erforderlich, wenn für die Diplom-/Masterarbeit Geld- oder Sachmittel benötigt werden!

Stellungnahme der zuständigen Institutsleiterin/des zuständigen Institutsleiters

| | | |
|--|----|------|
| Die Durchführung der Diplom-/Masterarbeit erfordert Geld- oder Sachmittel des Instituts: | JA | NEIN |
| Und wird innerhalb der gesetzlichen Frist von 1 Monat untersagt: | JA | NEIN |

*Zutreffendes bitte ankreuzen

Unterschrift der Institutsleiterin/des Institutsleiters, Datum