

Füllen Sie dieses Formular ELEKTRONISCH korrekt und vollständig aus.
Händisch ausgefüllte oder auch nur teilweise händisch ausgefüllte Formulare werden nicht angenommen!

Matrikelnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

UQ 203 Zahnmedizin



MEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT
INNSBRUCK

Antragstellerin/Antragsteller

Akad. Grad, Vorname/n, Familienname, Akad. Grad

Telefonnummer

E-Mail @student.i-med.ac.at

Studierende müssen den Antrag persönlich in der Abteilung für Lehr- und Studienorganisation, Fritz-Pregl-Straße 3, 6020 Innsbruck abgeben!

**ANTRAG AUF AUSSCHLUSS DER BENUTZUNG (SPERRE)
EINER DIPLOMARBEIT**

Gemäß § 86 Abs. 4 des Universitätsgesetzes 2002 (UG 2002)

Titel der Diplomarbeit:

Dauer der Sperre ab der Einreichung der wissenschaftlichen Arbeit in Jahren (max. 5 Jahre):

von _____ bis _____
(TT.MM.JJJJ) (TT.MM.JJJJ)

Begründung: (Glaubhaftmachung, dass wichtige rechtliche oder wirtschaftliche Interessen der/des Antragstellerin/Antragstellers gefährdet sind) – Fortsetzung allenfalls auf einem Beiblatt:

Ort / Datum

Unterschrift der/des Studierenden

Der Sperre wird durch das studienrechtliche Organ

stattgegeben

nicht stattgegeben

Datum

Unterschrift des studienrechtlichen Organs

MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT INNSBRUCK
ABTEILUNG LEHR- UND STUDIENORGANISATION

Fritz-Pregl-Straße 3, A-6020 Innsbruck
E-mail: studienangelegenheiten@i-med.ac.at – Internet: <http://www.i-med.ac.at>