

Matrikel-Nr.

ANSUCHEN UM WIEDERAUFNAHME DES STUDIUMS

Studium / Studienrichtung:

Vor- und Familienname:

Geburtsdatum:

zuletzt gemeldetes Semester:

aktuelles Semester:

Unterschrift StudentIn:

Datum:

Wiederaufnahme des Studiums befürwortet:

Unterschrift

Klassenleitung/Lehrgangslleitung/ProfessorIn/BetreuerIn ZKF/BetreuerIn Dissertation:
(nicht zutreffendes bitte streichen)

Datum:
