

Ansuchen um Studienzeitverkürzung

(Voraussetzung: Fächer in der verkürzten Zeit abschließbar)

Matr. Nr.: _____

Zuname: _____ Vorname: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.Nr.: _____

Studium: ☐ PBA ☐ KBA ☐ PMA ☐ KMA ☐ LG

Zentrales Fach: _____ inskribiert im _____ Semester

ZKF-Lehrende/r: _____

Ich ersuche um Studienzeitverkürzung um _____ Semester in das letzte Studiensemester ab dem

Wintersemester _____ / Sommersemester _____
(Semesterkürzel) (Semesterkürzel)

Ort, Datum

Unterschrift

Vor der Abgabe vom/von der Studierenden einzuholen:

1. Stellungnahme ZKF-Lehrende*r: _____

2. Unterschrift Institutsdirektor*in: _____

Vom Studienservice durchzuführen:

Genehmigung Dekan*in: _____