

MELDUNG DER MASTERARBEIT

Universitätslehrgang Interdisziplinäre Schmerzmedizin (N992 511)

Angaben Lehrgangsteilnehmer:in	
Familienname: Matrikelnummer:	Vorname:
Angaben zur Masterarbeit	
Thema der Masterarbeit:	
<small>Ich ersuche um Genehmigung der Durchführung meiner Masterarbeit zum oben angeführten Thema. Ich habe die Richtlinien zur Abfassung der Masterarbeit gemäß Curriculum (inkl. der „Verschwiegenheitserklärung und Verpflichtungserklärung zur Einhaltung des Datengeheimnisses“ und die „Richtlinien für Good Scientific Practice“) zur Kenntnis genommen und verpflichte mich hiermit zu deren Einhaltung.</small>	
_____ Datum	_____ Unterschrift Studierende:r
Hauptbetreuer:in	Co-Betreuer:in <i>(optional)</i>
Name (Akad. Titel):	Name (Akad. Titel):
Organisationseinheit/Klinik:	Organisationseinheit/Klinik:
<small>Hiermit erkläre ich mich bereit, die oben genannte Masterarbeit nach den Richtlinien des derzeit gültigen Curriculums zu betreuen.</small>	<small>Hiermit erkläre ich mich bereit, die oben genannte Masterarbeit nach den Richtlinien des derzeit gültigen Curriculums mit zu betreuen.</small>
_____ Datum	_____ Datum
_____ Unterschrift Hauptbetreuer:in	_____ Unterschrift Co-Betreuer:in

Zusätzliche Angaben bei externer Betreuung: <input type="checkbox"/> Hauptbetreuer:in <input type="checkbox"/> Co_Betreuer:in <i>(bitte ankreuzen)</i>
Adresse:
Telefonnummer:
E-Mail:

Bestätigung der Leitung der Organisationseinheit (OE) <i>(wenn zutreffend)</i>
Name:
Organisationseinheit:
Zur Kenntnis genommen und genehmigt, Durchführung der Studie an der OE:
_____ Datum
_____ Unterschrift / Stempel

Genehmigung der Lehrgangsleitung:

Datum der Genehmigung

Unterschrift Lehrgangsleitung