

MELDUNG DER KOMMISSIONELLEN DIPLOMPRÜFUNG
UN202 Humanmedizin

Bitte leserlich ausfüllen

Angaben zur/zum Studierenden	
Matrikelnummer:	Sperre im Repitorium der Bibliothek wurde gesetzt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Familienname:	Vorname:
Telefonnummer:	

Datum der Prüfung:	Uhrzeit der Prüfung:
Prüfungsort (oder Webex) :	

Datum der Anmeldung

Unterschrift: der/des Studierenden

Vorsitz = HauptbetreuerIn
Name:
Organisationseinheit/Klinik:
Abteilung:
Bitte Angabe der E-Mail bei externen Lehrenden:

PrüferIn 1 (Habilitation bzw. abgeschlossene Qualifizierungsvereinbarung ist Voraussetzung)
Titel + Name:
Organisationseinheit/Klinik:
Abteilung:

PrüferIn 2 (Habilitation bzw. abgeschlossene Qualifizierungsvereinbarung ist Voraussetzung)
Titel + Name:
Organisationseinheit/Klinik:
Abteilung:

Hiermit erkläre ich mich bereit, die oben genannte Diplomprüfung durchzuführen:

Vorsitz

PrüferIn 1

PrüferIn 2

Curriculumdirektion