MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN

MELDUNG DES MASTERARBEITSTHEMAS

Angaben zum/ zur Studierenden	
Studienkennzahl:	Matrikelnummer:
Familienname:	Vorname:
Adresse:	PLZ: Ort:
E-mail:	Telefonnummer:

Angaben zur Masterarbeit
Fachbereich:
Thema der Masterarbeit:

Betreuung	
Name des/ der Betreuers/In:	
Zugehörig der Organisationseinheit/ Klinik für:	
Hiermit erkläre ich mich bereit, die oben genannte Masterarbeit nach den Richtlinien des derzeit gültigen Studienplanes zu betreuen. Datum:	Unterschrift:
Korrespondierende/r Betreuer/In an der MUW im Falle von ausländischem/r Betreuer/In	
Name des/der korrespondierenden Betreuers/In:	
Zugehörig der Organisationseinheit/Klinik für:	
Hiermit erkläre ich mich bereit, als korrespondierende/r Betreuer der oben genannten Masterarbeit zu fungieren Datum:	Unterschrift:

Durchführung an
Organisationseinheit/Klinik für
Adresse:
Leiter/In der Organisationseinheit/Klinikvorstand:
Zur Kenntnis genommen und genehmigt Unterschrift des/der Leiters/In der Organisationseinheit/Klinikvorstand und Stempel

Datum: _____ Unterschrift: : _____

des/der Studierenden

Von der Studienabteilung auszufüllen!

Genehmigt

Datum: _____ Unterschrift:_____

Der/Die Curriculumdirektor(in)

BITTE LESERLICH IN DRUCKSCHRIFT ODER MASCHINELL AUSFÜLLEN!!!

Hinweis für den Kandidaten:

Dem Kandidaten ist auf Begehren Einsicht in die Beurteilungsunterlagen (Gutachten, Korrekturen) der Masterarbeit zu gewähren, wenn er dies innerhalb von sechs Monaten ab Bekanntgabe der Note verlangt.

Noten: Sehr gut (1), gut (2), befriedigend (3), genügend (4), nicht genügend (5)

STUDIENABTEILUNG Medizinische Universität Wien,Währinger Straße 25a, A-1090 Wien, Tel: +43 1 40 160 – 21000 Fax: +43 1 401 60 – 921 000