

Eingelangt am:

An
Universität Mozarteum Salzburg
Studien- und Prüfungsmanagement

Antrag auf Wiederaufnahme

Matrikelnr.: _____

Familien- und Vorname(n): _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Ich ersuche um Wiederaufnahme meines Studiums ab WS _____ / SS _____
(ich habe mein Studium nicht länger als 3 Semester unterbrochen)

Begründung: _____

Datum

Unterschrift

Zustimmung:

Name der*des ZKF-Lehrenden

Unterschrift

Departmentleitung

Stellungnahme bei Ablehnung: _____

Bewilligt

nicht bewilligt

Für das Rektorat

Datum

Unterschrift