

Eingelangt am:

An
Universität Mozarteum Salzburg
Studien- und Prüfungsmanagement

Antrag auf Wiederaufnahme

Matrikelnr.: _____

Familien- und Vorname(n): _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Studium: _____

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

Ihre angegebenen personenbezogenen Daten werden von der Universität Mozarteum Salzburg zum Zwecke der Abwicklung des Studiums verarbeitet (Art. 6 Abs. 1 lit c oder lit e DSGVO). Weitere Datenschutzinformationen entnehmen Sie bitte der Datenschutzerklärung für Studierende (Mozonline) und der Webseite (siehe QR Code).

