

Angaben zur Person

Akademischer Grad: _____

Familiennamen: _____

Vorname: _____

Matrikelnummer: _____

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ): _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Studienabschluss: _____

- Ich habe zusätzlich einen Abschluss für das **Erweiterungsstudium** Allgemeinmedizin (Bitte einen Nachweis dem Antrag beilegen).
- Ich habe zusätzlich einen Abschluss für das **Erweiterungsstudium** Medizinische Wissenschaften (Bitte einen Nachweis dem Antrag beilegen).
- Ich möchte meine Urkunde im Rahmen der **Akademischen Feier** am _____ (dd.mm.yyyy) erhalten. Ich bin mit der Veröffentlichung meines Namens in diversen Printmedien
- einverstanden. nicht einverstanden.

Ich bin bereit, eine kurze Ansprache im Rahmen der Akademischen Feier vorzutragen.

Ja

Nein

Einverständniserklärung Filmaufnahme während der Akademischen Feier

Ich erteile mit meiner Unterschrift ausdrücklich meine Zustimmung zur Erstellung von Foto-, Bild- und Tonaufnahmen (z.B. Film, Foto etc.) meiner Person im Rahmen der Akademischen Feier, sowie zur Verwendung und Veröffentlichung dieser zum Zwecke der öffentlichen Berichterstattung in den Medien, zur Erstellung eines Films und zur Veröffentlichung eines Kurzfilms auf Social Media Plattformen. Ich nehme weiters mit meiner Unterschrift zur Kenntnis, dass ich ohne diese Einverständniserklärung nicht am Festakt teilnehmen kann.

- Ich beantrage eine Schriftliche Verleihung meiner Urkunde.

Abholung in der Abteilung Studierendenservices

Postalische Zustellung an folgende Adresse:

Postleitzahl _____

Straße _____

Ort _____

Hausnummer _____

Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizulegen:

- Bescheid über die Verleihung des Akademischen Grades
- Reisepass, Personalausweis oder StudentCard
- Einzahlungsbestätigung

.....
Datum

.....
Unterschrift



Personal data

Academic degree: _____

Family name: _____

First name: _____

Matriculation number: _____

Date of birth (dd.mm.yyyy): _____

Telephone number: _____

E-mail: _____

Study program completed: _____

I have also a degree for the extension Programme General Medicine (Please attache proof to the application)

I have also a degree for the extension Programme Medical sciences (Please attache proof to the application)

I would like to receive my certificate at the academic ceremony on _____ (dd.mm.yyyy).

I agree don't agree with the publication of my name in various print media.

I am prepared to deliver a short speech at the academic ceremony.

Yes

No

Declaration of consent for filming during the academic ceremony

With my signature, I expressly give my consent to the creation of photographs, images and sound recordings (e.g. film, photo, etc.) of my person within the framework of the academic ceremony, as well as to the use and publication of these for the purpose of public reporting in the media, the creation of a film and the publication of a short film on social media platforms. I further acknowledge with my signature that I cannot participate in the ceremony without this declaration of consent.

I request that my certificate be awarded in writing.

Pick-up in the Department Student Services

Postal delivery to the following address:

Post code _____

Street _____

Town _____

House number _____

The following documents must be enclosed with the application:

- Decision on the award of the academic degree
- Passport, ID or StudentCard
- Payment confirmation

.....
Date

.....
Signature