

# Tiroler Landeskonservatorium

## ANTRAG

## Studienverkürzung

### Student/in

Familienname:	Vorname:
Postleitzahl:	Wohnort:
Straße/HNr.:	Telefonnummer:
E-Mail:	Matr.Nr.:
Studienrichtung:	Einstufungssemester derzeit:
Hauptfachprofessor/in:	Instrument/Fach:

Ich beantrage eine Studienverkürzung um ..... Semester. Ich beabsichtige die Absolvierung meines Studiums

im Wintersemester .....

im Sommersemester .....

Datum

Unterschrift Student/in

(bei Minderjährigen Unterschrift Erziehungsberechtigte/r)

**Stellungnahme Hauptfachprofessor/in:**

Datum

Unterschrift Hauptfachprofessor/in

**Genehmigung Direktor**

Datum

Unterschrift Direktor