

Nachname: .....

Vorname: .....

Matrikelnummer: .....

Ich beantrage die Zulassung zur Anfertigung einer Master-Arbeit gemäß § 26 der Allgemeinen Studien- und Prüfungsordnung (ASPO) vom 01. Juli 2015 in Verbindung mit den jeweils gültigen fachspezifischen Bestimmungen (FSB) des Studienganges **Translational Medicine mit dem Abschluss Master of Science**.

Ich bestätige, dass ich an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg immatrikuliert und nicht beurlaubt bin.

Die Zulassungsvoraussetzungen werden vom Prüfungsamt Medizin geprüft. Die Bearbeitungszeit beträgt gemäß § 26 Abs. 5 ASPO in Verbindung mit den jeweiligen FSB **sechs Monate** ab Zuteilung des Themas. Gemäß § 26 Abs. 10 ASPO ist die Master-Thesis in zwei Ausfertigungen eines maschinenlesbaren und unveränderlichen Dateiformats auf einem üblichen Speichermedium im Prüfungsamt abzugeben. Der Betreuer kann bei der Vergabe des Themas zusätzlich die Abgabe in dreifacher schriftlicher Ausfertigung verlangen.

.....  
Datum und Unterschrift (Antragsteller/-in)

.....  
- Von dem Betreuer oder der Betreuerin auszufüllen -

**Betreuer oder Betreuerin:**

.....  
Titel

.....  
Vorname

.....  
Nachname

.....  
Institut/Dienstanschrift

**Weiterer Betreuer/weitere Betreuerin:**

.....  
Titel

.....  
Vorname

.....  
Nachname

.....  
Institut/Dienstanschrift

- bitte wenden -

Es wird folgendes Thema vereinbart (bitte in Druckschrift ausfüllen):

---

---

Vorgeschlagenes Datum der Zuteilung:

---

Datum, Unterschrift (Betreuer/-in)

Datum, Unterschrift (weitere/r Betreuer/-in)

---

**- Von der/dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses auszufüllen –**

- ☐ Der/dem Studierenden wird das vereinbarte Thema mit Wirkung von oben vorgeschlagenem Datum zugeteilt.
- ☐ Der/dem Studierenden wird das vereinbarte Thema mit Wirkung vom ..... zugeteilt.  
Die Bearbeitungszeit beträgt 6 Monate ab Zuteilung des Themas.

☐ Für die Begutachtung werden die betreuenden Personen der Thesis bestellt.

☐ Zur Begutachtung der Masterarbeit wird bestellt:

1.

Titel

Vorname

Nachname

Institut/Dienstanschrift

2.

Titel

Vorname

Nachname

Institut/Dienstanschrift

Datum, Unterschrift der/des Prüfungsausschussvorsitzenden

Der oder die Vorsitzende des Prüfungsausschusses leitet den Antrag an das Prüfungsamt Medizin weiter.  
Postanschrift: Sanderring 2, 97070 Würzburg; Hauspost: Josef-Martin-Weg 55; E-Mail: [pruefungsamt.med@uni-wuerzburg.de](mailto:pruefungsamt.med@uni-wuerzburg.de)