

Anmeldung zum Zertifikatsstudium für interdisziplinäre Italien-Kompetenz

Vorname Name: _____

Matr. Nr.: _____

Geb. am _____

Heimatsfachbereich/e: _____

Studiengang: _____

Zulassung zur Promotion im Fachbereich _____ am: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____

Tel.: _____

Mobil: _____

Der/die Student:in verpflichtet sich, Änderungen der Kontaktdaten unverzüglich dem Sekretariat des Italien-Netzwerks im Dekanat des Fachbereichs 02 mitzuteilen.

Kassel, den _____

Unterschrift Student:in

Unterschrift Dekanat 02