



LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

Promotionsbüro/MMRS
Medizinische Fakultät



**Antrag auf Erlass der zwei Pflichtsemester
Request for waiver of the two required semesters**

Name, Vorname (name, first name): _____

Hiermit beantrage ich im Rahmen meiner Promotion den Erlass der beiden Pflichtsemester zur Immatrikulation.
I hereby request a waiver of the two required semesters for matriculation as part of my doctoral program

Titel der Dissertation/ Title of your dissertation:

Ort, Datum
place, date

Unterschrift
signature