



FREIWILLIGE EXMATRIKULATION

Name:

Geburtsort und -Datum:

Anschrift:.....

Telefonnummer:.....

E-Mail Adresse:.....

Studiengang: **PhD**

erkläre hiermit die Auflösung meines studentischen Rechtsverhältnisses gem. § 59 Absatz (1) lit. b des ungarischen Hochschulgesetzes Nr. CCIV/2011.

BEGRÜNDUNG¹:

Vollzeitarbeit	<input type="checkbox"/>	Krankheit	<input type="checkbox"/>	finanzielle Gründe	<input type="checkbox"/>	persönliche Gründe	<input type="checkbox"/>	Unzufrieden mit dem Studium	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------	-----------	--------------------------	--------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	-----------------------------	--------------------------

Erläuterung insb. im Falle der Unzufriedenheit bzw. andere Gründe:.....

.....
.....
.....

Budapest, den 20.....

.....
Unterschrift des Doktoranden / der Doktorandin

BESCHEINIGUNG (obligatorisch auszufüllen!)

Hiermit wird bescheinigt, dass die Doktorandin / der Doktorand keine Schulden gegenüber der Bibliothek der AUB hat.

Budapest, den.....
Unterschrift Bibliothek

BESCHEINIGUNG (obligatorisch auszufüllen!)

Hiermit wird bescheinigt, dass die Doktorandin / der Doktorand keine sonstigen Schulden gegenüber der AUB hat.

Budapest, den.....
Unterschrift Studienreferat/Doktorschule

¹ Bitte Zutreffendes ankreuzen oder andere Gründe angeben!