

Name: _____
Adresse: _____
PLZ, Ort: _____
Telnr: _____
Studienrichtung/Semester: _____

Vorarlberger Landeskonservatorium
Direktion
Reichenfeldgasse 9
6800 Feldkirch

ANTRAG auf STUDIENVERKÜRZUNG

Ich beantrage eine Studienverkürzung um _____ Semester.

Diese Studienverkürzung soll ab dem WS _____/ SS _____ Gültigkeit haben.

Feldkirch, am _____

(Unterschrift d. Studierenden)

Vor der Abgabe des Antrages ist vom Studierenden einzuholen:

Gutachten des Lehrers im zentralen künstlerischen Hauptfach:

Feldkirch, am _____

(Unterschrift des Lehrers)

Vom Sekretariat durchzuführen:

Direktion zur Genehmigung: _____

EDV: _____