



KUNSTAKADEMIE DÜSSELDORF

Antrag auf Exmatrikulation

Vor- und Nachname: _____ Matrikelnr.: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Wohnort: _____

Telefon + Mobiltelefon: _____

E-Mailadresse: _____

Name der/des Professor*in: _____

Ich bean. die Exma. zum: _____

Grund: (Bitte auswählen) Beendigung des Studiums nach Prüfung
Endgültiger Abbruch des Studiums
Hochschulwechsel
Sonstige Gründe
Fehlende Rückmeldung / Krankheit

Krankenversicherungspflichtig: ja nein

Krankenkasse: _____

Betriebsnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Mit der Exmatrikulation verpflichte ich mich gleichzeitig, innerhalb von zwei Wochen alle künstlerischen Arbeiten aus dem Akademiegebäude zu entfernen, andernfalls ist die Kunstakademie berechtigt, nach ihrem Ermessen darüber zu entscheiden.

Düsseldorf, den _____

Unterschrift: _____
Unterschrift der/des Studierenden

Nur von der Kunstakademie auszufüllen

Kenntnis genommen:

Bibliothek: _____

Abt. 2 - Finanzen und Einkauf: _____

Abt. 1 – Bau und Instandhaltung - Ansprechpartner Herr Leeder: _____