

Anzeige von Prüfungsüberschneidungen im Sommersemester _____ / Wintersemester _____

Name:	Vorname:	Matrikelnummer:	Telefon (freiwillig):
Studiengang und Fächer:			
Bitte wählen	Bitte wählen	Bitte wählen	

In meinem Studium überschneiden sich die Modulprüfungen:

Modulnummer	Modulname	prüfende Person	Versuch und Form der Prüfung	Datum, Zeit und Ort der Prüfung
			Bitte wählen	
			Bitte wählen	
			Bitte wählen	
			Bitte wählen	
			Bitte wählen	
			Bitte wählen	
			Bitte wählen	

Wie ist der Antrag einzureichen?

- unverzüglich mit Bekanntwerden, jedoch spätestens bis zum Ende der Prüfungsanmeldephase per E-Mail
- vollständig ausgefüllt und unterschrieben

Ort, Datum

Unterschrift / antragstellende Person

Bearbeitungsvermerk ZPA