



## ANMELDUNG ZUR MÜNDLICHEN PRÜFUNG IM ABSCHLUSSMODUL

B.A.

M.A. SpoPäd, KMG

M.A. SpoMed, BTW

Matrikelnummer: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Prüfungstag: \_\_\_\_\_

Uhrzeit: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Raum und Ort: \_\_\_\_\_

Prüfer in Druckbuchstaben: \_\_\_\_\_

Zustimmung Prüfer: \_\_\_\_\_  
Unterschrift Prüfer/in, Datum

„Hiermit versichere ich, dass die Zulassung zum Abschlussmodul durch das Studien- und Prüfungsbüro bereits erfolgt ist. Des Weiteren erkläre ich, dass ich über die angegebenen Prüfungsmodalitäten informiert bin.“

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Studierender, Datum

Bitte umgehend, jedoch spätestens 14 Tage vor der Prüfung, im Studien- und Prüfungsbüro einreichen.