



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.