



Anmeldung

zu fakultätsübergreifenden Prüfungsleistungen im Studium Generale

| | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Matrikel-Nr.: | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | Bitte in Druckschrift ausfüllen ! |
| | | | | | | | | | | |
| Name, Vorname: | | Fachsemester: | | | | | | | | |
| Semesteranschrift: (Straße, PLZ, Ort) | | Telefon: | | | | | | | | |
| Heimatanschrift: (Straße, PLZ, Ort) | | Telefon: | | | | | | | | |
| E-Mail: | | | | | | | | | | |

Hiermit melde ich mich zu folgender Prüfungsleistung im Rahmen von Studium Generale an:

Studiengang:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bachelor | <input type="checkbox"/> Master |
| <input type="checkbox"/> Maschinenbau, PO2017 | <input type="checkbox"/> Biomedizintechnik, PO2017 |
| <input type="checkbox"/> Produktion und Logistik, PO2017 | <input type="checkbox"/> Mechatronik, PO2017 |
| <input type="checkbox"/> Optische Technologien, PO2017 | <input type="checkbox"/> _____ |

im Prüfungszeitraum

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> WS _____ | <input type="checkbox"/> SS _____ |
|-----------------------------------|-----------------------------------|

| | | |
|---------------------|--|-----------------------------|
| Studierender | Genaue Bezeichnung der Lehrveranstaltung: | |
| | Genaue Bezeichnung der Lehrveranstaltung in Englisch: | |
| | Prüfende/r: | Institut der/des Prüfenden: |
| | Prüfungsform: (Klausur, mündliche Prüfung, Seminar, Hausarbeit, Präsentation etc.) | |
| | Art der Notengebung: benotet | |
| | Semesterwochenstunden: | Leistungspunkte: |
| | Datum: _____ Unterschrift: _____ | |

| | |
|---|--|
| Prüfende/r, bzw. zust. Einrichtung | Die o.g. gemachten Angaben der/s Studierenden werden hiermit bestätigt |
| Datum: _____ Stempel, Unterschrift: _____ | |