

## ? Prüfungsprotokoll

Name: _____		Vorname: _____	
Geburtsdatum: _____		Matrikelnummer: _____	
Zutreffendes ankreuzen! <input type="checkbox"/> Erstprüfung <input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung <input type="checkbox"/> Zusatzprüfung		Modulbezeichnung: _____ _____	
Datum/Uhrzeit: _____		Prüfer/-in: _____	
		Beisitzer/-in: _____	
Note in Ziffern	Note in Worten	Beginn (Uhrzeit)	Ende (Uhrzeit)
Protokoll: (Unterschriften der/des Prüfenden und der/des Beisitzenden am Ende des Protokolls!)			
bitte wenden			

Protokoll: (Fortsetzung)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Prüfer/-in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Besitzer/-in