



Das Präsidium
Akademisches Prüfungsamt

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> DIPLOMVORPRÜFUNG | <input type="checkbox"/> DIPLOMPRÜFUNG |
| <input type="checkbox"/> BACHELORPRÜFUNG | <input type="checkbox"/> MASTERPRÜFUNG |

im Studiengang _____

Frau / Herr: _____ MtkNr.: _____

bestätigt durch ihre / seine Unterschrift, dass sie / er davon in Kenntnis gesetzt wurde, dass die Teilnahme an der Prüfung:

Fachbezeichnung:	Fachprüfer/in:	Prüfungsdatum:

wegen ungeklärter Zulassungsvoraussetzungen nur unter Vorbehalt erfolgt. Bis zur Klärung über den Zulassungsstatus wird die vorgenannte Prüfung nicht bewertet.

Über die Anerkennung der Prüfungsleistung entscheidet der Prüfungsausschuss. Die Entscheidung wird schriftlich mitgeteilt.

Hannover, den _____

Unterschrift der / des Studierenden

Unterschrift der / des Prüfenden
bzw. der Aufsichtsführung

Dieses Formular bitte umgehend an das Akademische Prüfungsamt weiterleiten !!!