|  |
| --- |
| **Antrag auf Anerkennung von Studien- und Prüfungsleistungen für den Studiengang** |

Der/Die Studierende Name des Studierenden Matrikelnr hat gegenüber der/ dem unterzeichnenden Prüfungsbeauftragten den Antrag auf Anerkennung folgender Leistungen erklärt:

In der Zeit vom       bis zum       hat Name des Studierenden an der Universität       folgende anzuerkennende Leistungen erbracht:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fächerbezeichnung lt. Prüfungsordung** | Prüfungs Nr.  (Modul Nr.) | Modulbezeichnung | Prüfungsart | Prüfungsform | Fachbereich | Note bei unbenotet UB eintragen | CP | anerkannte  Semester |
| Kernfach oder integrative Studiengänge |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Empfehlung der Fachvertreterin/des Fachvertreters: Aufgrund der vorgelegten Unterlagen empfehle ich die Anerkennung. | | | | | Unterschrift und Name in Druckbuchstaben | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fächerbezeichnung lt. Prüfungsordung** | Prüfungs Nr.  (Modul Nr.) | Modulbezeichnung | Prüfungsart | Prüfungsform | Fachbereich | Note bei unbenotet UB eintragen | CP | anerkannte  Semester |
| Ergänzungsfach |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Empfehlung der Fachvertreterin/des Fachvertreters: Aufgrund der vorgelegten Unterlagen empfehle ich die Anerkennung. | | | | | Unterschrift und Name in Druckbuchstaben | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fächerbezeichnung lt. Prüfungsordung** | Beteiligungsnachweise | | CP | anerkannte  Semester |
| Wahlpflichtbereich |  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| Empfehlung der Fachvertreterin/des Fachvertreters: Aufgrund der vorgelegten Unterlagen empfehle ich die Anerkennung. | | Unterschrift und Name in Druckbuchstaben | | |

**Bei Prüfungsleistungen aus dem Ausland bitte unbedingt angeben:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Staat | Aufenthalt ( Dauer in Monaten) | Datum | | Aufenthaltsart | Mobilitätsprogramm |
| **von** | **bis** |
|  |  |  |  |  |  |

# Düsseldorf, den 05.07.2017

Im Auftrag

Prüfungsbeauftragte(r)

Unterschrift und Name in Druckbuchstaben