



**Antrag auf einen neuen Prüfungstermin [Terminüberschneidung]**

Name ..... Vorname .....  
Matrikel-Nr..... Studiengang .....  
Studentische E-Mail-Adresse .....

**Bitte geben Sie an, welche Prüfungstermine sich überschneiden:**

Modul 1 ..... Termin 1 .....  
Modul 2 ..... Termin 2 .....

**Bitte geben Sie an, welche Prüfung verschoben werden soll (mit neuem Termin, sofern bekannt):**

Modul 1 ..... Neuer Termin 1 .....  
Modul 2 ..... Neuer Termin 2 .....

.....  
Datum / Unterschrift Studierende:r

.....  
Genehmigt von Prüfungsamt  
Datum / Unterschrift

**Bitte fügen Sie einen Beleg bei, der die Überschneidung der Termine nachweist  
(Angabe der Prüfungstermine auf der Homepage, dem Modulplan, im Moodle-Kurs, o.ä.).**