Teilzeit-Studienvereinbarung

Teilzeitstudium ab ..... bis .....
(Start Teilzeitstudium ab dem ..... Semester)

Name des/der Studierenden:

.....

Matrikel-Nr.:

.....

Fakultät IV, Abteilung Informatik, Studiengang:

.....

Studienverlaufsplan Teilzeitstudium (für zwei aufeinander folgende Teilzeit-Semester)
(Falls erforderlich, Aufstellung auf Rückseite oder gesondertem Blatt fortsetzen!)

Semester	Modul-Nr.	Modul-/Fachbezeichnung	*Prüfungs-leistung	**ECTS Punk-te

*Semester: z.B. SS 2010 oder WS 2010/11; Prüfungs-/Studienleistung: Klausur, Hausarbeit, Projektarbeit usw.
**ECTS-Punkte = max. 30 ECTS pro Studienjahr bzw. für zwei aufeinander folgende Teilzeitsemester

Ort / Datum Unterschrift des/der Studierenden

.....

Es wird bestätigt, dass der oben aufgeführte Teilzeit-Studienverlaufplan genehmigt ist.
Ort Name Teilzeit-Beauftragte/r bzw. Studiendekan/in

.....

Datum, Unterschrift Teilzeit-Beauftragte/r bzw. Studiendekan/in

.....

Bitte Kopien des abgeschlossenen Teilzeitstudium-Learning Agreements weiterleiten an:
1. Immatrikulationsamt, 2. Prüfungsamt, 3. Studiendekan/in bzw. Teilzeit-Fakultätsbeauftragte/n