



**Anerkennung von Prüfungsleistungen**

Name:.....Vorname:..... Matrikel-Nr:.....

Geb.-Datum:..... Für den Studiengang:.....

Fach	An Hochschule erbracht	Anzahl der Fehlversuche	Endnote	Art der Prüfung MP		Anerkennung wird bewilligt (Datum, Unterschrift des Dozenten)
------	------------------------	-------------------------	---------	-----------------------	--	--


\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Studierende/ r

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Prüfungsausschussvorsitzende/ r