

Prüfungstermin für Semester _____

Name des/der Dozent*in

Titel der Lehrveranstaltung

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Pflichtveranstaltung des laufenden Semesters _____

Wiederholungsprüfung _____

Wahlpflichtveranstaltung / Schlüsselkompetenz _____

Anzahl erwartete Teilnehmer _____

TERMIN

Wunschtermin:

Datum	Wochentag	Uhrzeit von...bis...	Alternative Uhrzeit selber Tag
-------	-----------	----------------------	--------------------------------

Alternativtermin:

Datum	Wochentag	Uhrzeit von...bis...	Alternative Uhrzeit selber Tag
-------	-----------	----------------------	--------------------------------

RAUM

Wunschraum/räume: _____

Alternativraum/räume: _____

Eigene/r Raum/Räume: _____

Zusätzliche Anmerkungen: