



Anzeige von Prüfungsüberschneidungen (d.h. Prüfungen, die an einem Tag gleichzeitig bzw. zeitlich überlappend stattfinden)

Parkstraße 6, 18057 Rostock
EG, links, Raum 10
Fon:
+49(0)381 498-13 40/41/42/49

Mail: zpa@uni-rostock.de

Sprechzeiten:
Di: 9 -11 Uhr und 13 -15 Uhr
Do: 13 -15 Uhr

& nach Vereinbarung

Hinweis:

Füllen Sie das Formular bitte vollständig, mit detaillierten Angaben zu den von der Überschneidung betroffenen Modulprüfungen aus und kreuzen Sie relevante Angaben an. Reichen Sie das ausgedruckte Dokument unverzüglich im ZPA in der Parkstraße 6 ein.

Nach Erhalt der Überschneidungsanzeige wird das ZPA eine Lösung für das Überschneidungsproblem erarbeiten und Sie über das weitere Verfahren informieren.

Name:	Vorname:	Matrikel:
Abschlussart des Studiengangs	<input type="checkbox"/> LA an Regionalen Schulen <input type="checkbox"/> LA an Gymnasien	<input type="checkbox"/> LA an Grundschulen <input type="checkbox"/> LA für Sonderpädagogik
Fächer:		

Im Prüfungszeitraum des Wintersemesters / Sommersemesters überschneiden sich in meinem Studium die folgenden Modulprüfungen:

Prüfmr.	Modulbezeichnung	Prüfer/in	Prüfungsform/ -datum/-zeit/-ort	Bei der Prüfung handelt es sich um einen ...
12345678	Modulprüfung Schule	Dr. Muster	<input type="checkbox"/> MP / <input checked="" type="checkbox"/> KL 15.07.2015 10:00 – 12:00 Uhr Audimax	<input checked="" type="checkbox"/> reg. Versuch / <input type="checkbox"/> 1. Wiederholung <input type="checkbox"/> 2. Wiederholung <input type="checkbox"/> Freiversuch (durch das ZPA genehmigt)
.....	<input type="checkbox"/> MP <input type="checkbox"/> KL	<input type="checkbox"/> reg. Versuch <input type="checkbox"/> 1. Wiederholung <input type="checkbox"/> 2. Wiederholung <input type="checkbox"/> Freiversuch (durch das ZPA genehmigt)

mit Prüfung

.....	<input type="checkbox"/> MP <input type="checkbox"/> KL	<input type="checkbox"/> reg. Versuch <input type="checkbox"/> 1. Wiederholung <input type="checkbox"/> 2. Wiederholung <input type="checkbox"/> Freiversuch (durch das ZPA genehmigt)
-------	-------	-------	---	--

mit Prüfung

.....	<input type="checkbox"/> MP <input type="checkbox"/> KL	<input type="checkbox"/> reg. Versuch <input type="checkbox"/> 1. Wiederholung <input type="checkbox"/> 2. Wiederholung <input type="checkbox"/> Freiversuch (durch das ZPA genehmigt)
-------	-------	-------	---	--

Ich bestätige, dass die oben gemachten Angaben korrekt sind. Über Prüfungsterminverschiebungen seitens der Prüfer/innen werde ich das ZPA umgehend informieren.

Ort, Datum

Unterschrift

Bearbeitungsvermerk ZPA

.....

