

## ANMELDUNG ZU DEN MODULABSCHLUSSPRÜFUNGEN

### 1. PERSÖNLICHE ANGABEN

Name: \_\_\_\_\_ Matrikel-Nr.: \_\_\_\_\_  
 Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Geb.-Ort: \_\_\_\_\_

### 2. STUDIENGANG UND ANGESTREBTER ABSCHLUSS

Studiengang: \_\_\_\_\_  
(bitte eintragen)

Angestrebter Abschluss:  Bachelor of Arts  Master of Arts  
(bitte ankreuzen)

### 3. ANGABEN ZU DEN MODULEN

(BITTE UNBEDINGT MODULKENNUNG, MODULTITEL, ART DER ANMELDUNG UND PRÜFUNGSBLOCK ANGEBEN!)

Bitte kreuzen Sie hier entsprechend an und tragen Sie den Prüfungsblock ein.  
 (A = Erstanmeldung W = Wiederholung PB = Prüfungsblock)

Modulkennung	Modultitel	A	W	PB

**HIERMIT MELDE ICH MICH VERBINDLICH ZU DEN O. G. MODULABSCHLUSSPRÜFUNGEN AN.**

Mannheim, den \_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_ (Unterschrift)

Das ausgefüllte Formular muss fristgerecht beim Prüfungsamt eingehen. Die entsprechende Frist ist durch Aushang und auf den Web-Seiten des Instituts veröffentlicht.

**BITTE BEACHTEN SIE AUCH DIE HINWEISE AUF DER RÜCKSEITE!**

WICHTIGE HINWEISE:

1. Die Anmeldung ist nur dann gültig, wenn Sie diesen Antrag mit Ihrer Unterschrift versehen und an das Prüfungsamt innerhalb der Anmeldefrist weitergeben. Die Anmeldung (Erstanmeldung) für studienbegleitende Module ist nur dann zulässig, wenn im betreffenden Semester auch die entsprechenden Lehrveranstaltungen angeboten werden. Nähere Informationen zum Lehrangebot sind dem aktuellen Vorlesungsverzeichnis und den Aushängen des Prüfungsamts zu entnehmen.
2. Die Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt zum Zweck der Erfassung von Prüfungsleistungen im Rahmen der Prüfungen. Hiermit erklären Sie sich mit der elektronischen Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zum genannten Zweck einverstanden.
3. Hiermit erklären Sie, dass Sie den Prüfungsanspruch im o. g. Studiengang nicht verloren haben, d. h. Sie sich weder in einem schwebenden Prüfungsverfahren befinden noch eine vergleichbare Prüfung endgültig nicht bestanden haben.
4. Bei Krankheit ist unverzüglich ein Attest vorzulegen; in Zweifelsfällen kann der Prüfungsausschussvorsitzende ein amtsärztliches Attest verlangen.

Mit meiner Unterschrift auf der Vorderseite erkläre ich, dass ich die Punkte 1. – 4. zur Kenntnis genommen habe.