

# Antrag

auf Anerkennung von Studien- und Prüfungsleistungen



Zentrum für studentische und akademische  
Angelegenheiten  
Altonaer Straße 25, 99085 Erfurt

E-Mail: [pruefungsamt@fh-erfurt.de](mailto:pruefungsamt@fh-erfurt.de)

## 1. Persönliche Daten

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Studiengang		Matrikel-Nr.	
Telefon-Nr.	E-Mail		

## 2. Anerkennungsgründe

<input type="checkbox"/> Studiengangswechsel				
<input type="checkbox"/> Hochschulwechsel (Bitte Staat und Hochschule angeben)	Staat:		Hochschule:	
<input type="checkbox"/> Auslandsaufenthalt mit Studienbezug (Bitte Staat, Zeitraum und Art angeben)	Staat:			
	Zeitraum:	Monate:	Anfangsdatum:	Enddatum:
	Art des Aufenthaltes:	<input type="checkbox"/> Studium <input type="checkbox"/> Praktikum mit Studienbezug <input type="checkbox"/> Anderer studienbezogener Aufenthalt		
	Art des Mobilitätsprogrammes:	<input type="checkbox"/> EU-Programm (z. B. Erasmus) <input type="checkbox"/> Sonstiges Programm (z. B. aufgrund einer Kooperation mit der ausländischen Hochschule) <input type="checkbox"/> Selbst organisierter Aufenthalt		
<input type="checkbox"/> berufliche Qualifikation				
<input type="checkbox"/> Sonstiges (Bitte Grund angeben)				

**Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.**

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller*in

### Hinweis:

Der Nachweis für die erbrachte Prüfungsleistung (Notenspiegel, Notenbescheinigung) sowie die Modulbeschreibung sind als Kopie dem Antrag beizufügen.

# Anlage

zum Antrag auf Anerkennung von Studien- und Prüfungsleistungen



Zentrum für studentische und akademische  
Angelegenheiten  
Altonaer Straße 25, 99085 Erfurt

E-Mail: pruefungsamt@fh-erfurt.de

**Ich beantrage die Anerkennung folgender Studien- und Prüfungsleistungen:**

Vorgelegter Studien- und Prüfungsnachweis		Anzuerkennende Studien- und Prüfungsleistung			
Modul- /Prüfungsnr.	Vorgelegter Studien- und Prüfungsnachweis	Modul- /Prüfungsnr. FHE	Anerkennung als Studien- oder Prüfungsleistung	Note	CP
	Name, Vorname	Datum	Unterschrift	Ja	Nein*
Stellungnahme Fachvertreter*in					
Entscheidung Prüfungs- ausschuss					
	Name, Vorname	Datum	Unterschrift	Ja	Nein*
Stellungnahme Fachvertreter*in					
Entscheidung Prüfungs- ausschuss					
	Name, Vorname	Datum	Unterschrift	Ja	Nein*
Stellungnahme Fachvertreter*in					
Entscheidung Prüfungs- ausschuss					

\*Bei Ablehnung bitte kurz begründen.

Bemerkungen und ergänzende Hinweise: