

Antrag senden an

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
C3L - Center für lebenslanges Lernen
Gasthörstudium
26111 Oldenburg

Ansprechpartnerinnen:

Waltraut Dröge / Sabine Halfwassen, Raum 015/016
Ammerländer Heerstraße 136, Gebäude V02
T +49 (0)441/7 98-2275 oder 2276, Mo-Do 10-12, Do 14-17 Uhr
E studium.generale@uni-oldenburg.de
www.gasthoerstudium.uni-oldenburg.de

oder per Fax an: +49 (0)441 798 – 192275

Antrag auf Zulassung zu einer Modulprüfung Modulteilprüfung
als GasthörerIn/Gasthörer im SoSe 20____ /im WiSe 20____ /____

Hiermit beantrage ich die Zulassung zu der u.g. Prüfung.

Mir ist bekannt, dass ich für die Abwicklung des Verfahrens zur Erbringung einer Prüfungsleistung im Rahmen eines Gasthörstudiums verpflichtet bin, eine zusätzliche Prüfungsgebühr von **25,- € pro Kreditpunkt** zu zahlen.

Die Rechnung über die Prüfungsgebühr wird nach Eingang der Zustimmungserklärung der/des Lehrenden zur Abnahme der Prüfung durch das C3L zugeschickt. Die Zahlung hat umgehend zu erfolgen. Sollte die Zahlung nicht fristgerecht geleistet werden, kann an der Prüfung nicht teilgenommen werden. Der Rechtsanspruch auf Zahlung der Gebühr bleibt auch im Falle des Nichtbestehens der Prüfung bestehen.

Eine Anerkennung der Prüfungsleistung auf ein späteres Studium kann nicht garantiert werden, sondern bleibt der Entscheidung durch den zuständigen Prüfungsausschuss im konkreten Fall vorbehalten.

Die Prüfungsleistung wird durch die/den Lehrende/n bestätigt und über das C3L der Antragstellerin/dem Antragsteller ausgehändigt bzw. zugeschickt.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

1. Angaben zur Person (Bitte vollständig und gut leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen!)

Frau Herr

1 0

Name, Vorname, Titel

Gasthörnummer

Straße

E-Mail

PLZ, Ort

Telefon

2. Angaben zur Modulprüfung

Fach _____

Professionalisierungsbereich

Modulnummer (lt. Verzeichnis)

Anzahl der Kreditpunkte (KP)

Modultitel (lt. Verzeichnis)

Art der Prüfungsleistung

Name der Lehrenden/des Lehrenden

voraussichtlicher Termin der Prüfung

Von der/dem Modulverantwortlichen/Lehrenden/Prüfenden auszufüllen

Ich stimme der Teilnahme an der Prüfung für die o.g. Antragstellerin/dem Antragsteller zu.

Name, Vorname, Institut

Telefon

Oldenburg, den

E-Mail

Unterschrift der/des Lehrenden/Prüfenden/ Modulverantwortlichen