

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

**AnsprechpartnerInnen:**

Can Eroglu / Maike Ihnen, 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](mailto:studium.generale@uni-oldenburg.de)  
[www.gasthoerstudium.uni-oldenburg.de](http://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 die Prüfung nicht abgewickelt, die Prüfungsleistung nicht bestätigt werden.

Der Rechnungsanspruch von Seiten der Universität 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 Antragssteller/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)

Name der Lehrenden/des Lehrenden

Thema der Prüfungsleistung

**Von der/dem Modulverantwortlichen/Lehrenden/Prüfenden auszufüllen**

Name, Vorname, Institut

Telefon

Oldenburg, den

E-Mail

Unterschrift der/des Lehrenden/Prüfenden/ Modulverantwortlichen

Ich stimme der Teilnahme an der Prüfung für die o.g. Antragsstellerin/dem Antragssteller zu.