



Prüfungsamt der Philosophischen Fakultät  
Halbmondstraße 6

91054 Erlangen

## Antrag auf Verschiebung einer Prüfung

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Matrikelnr.: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnr: \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

### Welche Prüfungen finden zur gleichen Zeit statt?

Prüfung 1	Prüfung 2
Prüfungsnr.: _____	Prüfungsnr.: _____
Name der Prüfung: _____	Name der Prüfung: _____
Prüfer: _____	Prüfer: _____
Datum: _____ Ort: _____	Datum: _____ Ort: _____
Uhrzeit: _____	Uhrzeit: _____

Als Prüfer/in bestätige ich die zu meiner Prüfung gemachten Angaben hinsichtlich Datum, Ort und Uhrzeit:

### Vom Prüfer auszufüllen

Prüfung 1	Prüfung 2
_____	_____
Datum	Datum
_____	_____
Unterschrift Prüfer	Unterschrift Prüfer
_____	_____
Institutsstempel	Institutsstempel

Ich beantrage wegen Überschneidung die Teilnahme an Prüfung Nummer \_\_\_\_ zum jeweiligen Wiederholungstermin.

Mir ist bekannt, dass ich diesen Antrag spätestens 1 Woche vor Prüfungsdatum beim Prüfungsamt einreichen muss, damit über diesen fristgerecht entschieden werden kann.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Antragsteller/in