
(Nach- und Vorname)

(Matrikel-Nr.)

(E-Mail/Tel.)

An das
Prüfungssekretariat Lehramt für _____
Universitätsstr. 31

93040 Regensburg

**Antrag auf Anerkennung einer Prüfungsverhinderung wegen
Prüfungsüberschneidung**

GS MS RS Gym SoPäd

Diesem Antrag sind Nachweise des Lehrstuhls beizufügen, auf denen Datum und Uhrzeit (Beginn/Ende) der jeweiligen Prüfung bestätigt werden!

Prüfer(in)/Lehrstuhl	Veranstaltungs-Nr. und genaue Bezeichnung	Modulbezeichnung und Position (z.B. DEU-LA 130.2a)	Prüfungsdatum	An folgender Prüfung werde ich nicht teilnehmen (bitte ankreuzen)

Datum

Unterschrift Antragsteller(in)