F A C H H O C H S C H U L E   P O T S D A M

Antrag auf Studiengangwechsel

1. Angaben zur Person

Nachname |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Vorname |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Matr.-Nr. |__|__|__|__|

Postanschrift
Straße, Nr. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Postleitzahl |__|__|__|__|__|
Ort und |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Telefon |__|__|__|__|__|__| / |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| (freiwillige Angabe)

2. Bisheriger Studiengang

Studiengang |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Fachsemester |__|__|

Einschreibung FHP SoSe |__|__|__|__| WS |__|__|__|__| /|__|__|__|__|

3. Beantrager Studiengang

Studiengang |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Studiengangwechsel SoSe |__|__|__|__| WS |__|__|__|__| /|__|__|__|__|

4. Anrechnung bisheriger Studiensemester

|__|__| Fachsemester Anerkennung bisheriger Studienleistungen für den beantragten Studiengang

Bestätigung durch den zuständigen Prüfungsausschuss: ____
(Unterschrift des Vorsitzenden des Prüfungsausschusses)

Hinweis
Dem Studiengangwechsel in zulassungsbeschränkten Studiengängen kann nur bei vorhandener Studienplatzkapazität zugestimmt werden.

Datum: ....   Unterschrift : ....