



Anmeldung zur Wiederholungsprüfung

Matrikelnummer:

Name, Vorname

Studiengang

Ich beantrage die Anmeldung zu folgender
Wiederholungsprüfung:

Modul-/Prüfungs Nr.

Name der Prüfung

Prüfungsform

Prüfer*in

für die Wiederholungsprüfung aus dem

Sommersemester _____ (Jahr)

Wintersemester _____ (Jahr)

Der Zeitraum des jeweiligen Wiederholungsblocks sowie die Frist zur Anmeldung finden Sie auf den Internetseiten des Prüfungsamts!

Wichtige Informationen zu den Wiederholungsprüfungen

An den Wiederholungsprüfungen kann grundsätzlich nur teilnehmen, wer

- zur Prüfung im 1. Prüfungszeitraum angemeldet war, diese jedoch nicht bestanden hat oder
- zur Prüfung im 1. Prüfungszeitraum angemeldet war, jedoch von der Prüfung zurückgetreten ist

Datum, Unterschrift

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an das Prüfungsamt (pruefungsamt@hs-gesundheit.de).

Das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular senden Sie bitte per Mail an pruefungsamt@hs-gesundheit.de oder werfen es in den Fristenbriefkasten am Hintereingang der Hochschule für Gesundheit.

Interne Vermerke Prüfungsamt

- Voraussetzung erfüllt
- Prüfungstermin in HIS angelegt
- Anmeldung verbucht am:

Kürzel: