**Antrag auf die Anerkennung eines Wahlpflichtmodules**

**gem. § 6 der MPO 2020 🡪 beim Prüfungsamt abzugeben**

Studiengang Arzneimittelforschung (*Drug Research*)

Name:

Vorname:

Matrikelnummer:

Schwerpunktbereich:

Schwerpunktbetreuer\*in:

**Hiermit beantrage ich die Anerkennung des folgenden Moduls des Wahlpflichtbereiches**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **WPM** | **ECTS** | **Kürzel WPM**  | **Name des WP-Moduls** | **als Kategorie\***  |
| **A** |  |  |  |  |
| **B** |  |  |  |  |

\* (1) fachbezogen; (2) fachnah; (s) sonstiges Modul

Folgende Nachweise sind dem Antrag beigefügt:

Modulbeschreibung des anzuerkennenden Moduls

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift des/der Studierenden

**Einverständnis Schwerpunktbetreuer\*in**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift des/der Schwerpunktbetreuer\*in

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

*vom Prüfungsamt auszufüllen:*

in POS eingetragen am: