

Überschneidungen von Lehrveranstaltungen

Name: Vorname:	Matrikelnummer:
Studiengang:	Fachsemester:
Erstfach:	Zweitfach:
Anschrift:	
Uni-Mail:	Telefon:

Folgende Lehrveranstaltungen überschneiden sich:

Semester	Tag und Uhrzeit
Lehrveranstaltung 1	Lehrveranstaltung 2
Modul/Veranstaltungsnummer	Modul/Veranstaltungsnummer
Regelprüftermin*	Regelprüftermin*
Dozent/Dozentin	Dozent/Dozentin
Bemerkungen:	

Ort, Datum

Unterschrift