Universität Rostock Traditio et Innovatio

PRÜFUNGSAUSSCHUSS
INSTITUT FÜR
BIOWISSENSCHAFTEN

Antrag auf Verlängerung der MASTERARBEIT

Name: _____ **Vorname:** _____

Studiengang: _____ **Matr.-Nr.:** _____

Planmäßige Abgabe: _____

Beantragte Verlängerung: _____ **Wochen**
(max. 4 Wochen)

Grund der Verlängerung

(Ggf. auf einem gesonderten Blatt anfügen, im Krankheitsfall Attest beilegen)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Name des Betreuers (Universität Rostock): _____

Der Betreuer unterstützt den Antrag: ☐ ja ☐ nein

_____ _____

Datum, Unterschrift des Betreuers Datum, Unterschrift des Studierenden

Vom Prüfungsausschuss auszufüllen:

Prüfungsausschuss:

☐ Zustimmung neues Abgabedatum: _____

☐ Ablehnung

_____

Datum, Unterschrift PA