

Wichtiger Hinweis: Der Termin der mündlichen Ergänzungsprüfung muss innerhalb von vier Wochen nach Klausureinsicht stattfinden, da sonst kein hinreichender zeitlicher Bezug zur schriftlichen Prüfung besteht. Diese Frist kann durch einen (krankheitsbedingten) Rücktritt um weitere zwei Wochen ausgeweitet werden, so dass der Anspruch auf eine mündliche Ergänzungsprüfung nach Ablauf von sechs Wochen nach Klausureinsicht verfällt und das Modul damit endgültig nicht bestanden wäre.

Please note: The date of the oral supplementary examination must take place within four weeks of the exam review session ("Klausureinsicht"). As a supplemental exam to the written examination, it must be held in a timely manner after the written exam. In case of a withdrawal due to illness, this 4-week period may be extended for another two weeks at maximum. However, after this six-week period following the exam review session, candidates are no longer eligible to take the supplementary exam, and the candidate has irrevocably failed the module.

Antrag auf Durchführung einer mündlichen Ergänzungsprüfung

(Zur Vorlage bei der Prüferin/ dem Prüfer am Lehrstuhl spätestens in der Einsichtnahme)

Application for an Oral Supplementary Examination

(To be submitted to the examiner during the exam review session at the latest.)

Matrikelnummer /Matriculation No.

Name, Vorname /First Name, Last Name

Abschluss und Studiengang/Degree and Course of Study

WiSe/SoSe 20 ____

Winter Semester/Summer Semester 20____

Prüfung/ Title of the Examination

Hiermit beantrage ich, eine mündliche Ergänzungsprüfung nach § 14 Abs. 2 ÜPO (§ 17 Abs. 2 ÜPO für lehramtsbezogene Bachelorstudiengänge; § 18 Abs. 2 ÜPO für lehramtsbezogene Masterstudiengänge) zu der oben genannten Prüfung ablegen zu dürfen, da ich den dritten schriftlichen Versuch nicht bestanden habe.

I hereby apply for participation in the oral examination in accordance with § 14 para. 2 ÜPO/General Examination Regulations (§ 17 Para. 2 ÜPO for Teacher Training Bachelor's programs; (§ 18 Para. 2 ÜPO for Teacher Training Master's programs), as I have failed the third written examination in the third attempt.

Datum/Date

Unterschrift der Studierenden/des Studierenden
Signature of the Student

Name der Prüferin/ des Prüfers _____
Name of the Examiner

Telefonnummer _____
Phone Number

Termin der Einsichtnahme _____
Date of the Exam Review Session

Termin der mündlichen Ergänzungsprüfung/
Date of the Oral Supplementary Examination _____

(Termine können bereits ab dem Tag nach der Einsicht stattfinden/
The oral exam may take place as soon as one day after the review session)

Hiermit bestätige ich den oben genannten Termin der mündlichen Ergänzungsprüfung.
I hereby confirm the above date of the Oral Supplementary Examination.

Datum/Date

Unterschrift der Prüferin/ des Prüfers
bzw. der zuständigen Assistentin/ des Assistenten
Signature of the examiner
or the relevant assistant

Der vollständig ausgefüllte Antrag ist dem ZPA durch den Lehrstuhl unverzüglich zu übermitteln, gerne im Voraus schon als Scan per E-Mail oder als Fax an die/den zuständige/n Sachbearbeiter/in (www.rwth-aachen.de/kontakt-zpa, Fax +49 241 80 92376).

The examiner's institution (Chair, Department) is kindly requested to submit the fully filled out application form to the ZPA/Central Examination Office as soon as possible (in advance of the oral exam, if possible/desired), either via email (scanned copy) or by fax to the relevant contact person (www.rwth-aachen.de/kontakt-zpa, Fax +49 241 80 92376).