|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name: ................................................ | Vorname: .................................................. | |
| Anschrift: .............................................................................................................................. | | |
| Matr.-Nr.: ...................................... | Semester: ................................................ | |
| Schwerpunkt : ……………………………. | E-Mail: .................................................. | |
| An das  Prüfungsamt UT / BT  Hochschule Offenburg  Badstr. 24  77652 Offenburg | | StuPO 20212□ UT□ BT |

|  |
| --- |
| Antrag auf Verlängerung der Bearbeitungszeit für die Bachelor-Thesis UT / BT |

Hiermit beantrage ich die Verlängerung der Bearbeitungszeit für meine Bachelor-Thesis.

Bearbeitungsbeginn gemäß Anmeldung: .........................................

Ursprünglicher Abgabetermin nach 6 Monaten: .........................................

Neuer beantragter Abgabetermin: .........................................

(Verlängerung bis zu 3 Monate möglich)

**Begründung für die Verlängerung:**

(Bei Verlängerung aufgrund von Krankheit ist ein qualifiziertes ärztliches Attest vorzulegen)

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………...

.................. .................................................. ………………………………………….

#### Datum Unterschrift Student\*in Unterschrift Zweitbetreuer\*in

#### (Firmenvertreter oder Hochschule)

|  |  |
| --- | --- |
| Stellungnahme betreuender Professor\*in  Dem Antrag wird zugestimmt.  Dem Antrag wird nicht zugestimmt.  Begründung:  .........................................................................  .........................................................................  ......................................................................... Datum, Unterschrift | Stellungnahme Prüfungsausschussvorsitz UT/ BT  Dem Antrag wird zugestimmt.  Dem Antrag wird nicht zugestimmt.  Begründung:  .........................................................................  .........................................................................  ......................................................................... Datum, Unterschrift |

(Erstellt: März 2024 / H. Hug)