|  |  |
| --- | --- |
| Name: ................................................ | Vorname: .................................................. |
| Anschrift: .............................................................................................................................. |
| Matr.-Nr.: ......................................  | Semester: ................................................ |
| Schwerpunkt : ……………………………. | E-Mail: .................................................. |
| An das Prüfungsamt UT / BTHochschule OffenburgBadstr. 2477652 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)