

# Antrag auf Anrechnung von Kompetenzen (Prüfungsleistungen)

Name, Vorname:

Bewerber-/ Matrikelnummer:

Studiengang:

Eingangsstempel der HS Ansbach

Hiermit beantrage ich die Anrechnung folgender Kompetenzen: .....

Unterschrift Studierender bzw. Bewerber

Vom Studierenden bzw. Bewerber auszufüllen						Vom Modulverantwortlichen / PK auszufüllen					
Erworbene Kompetenzen											
Ihrer vorherigen Hochschule			Anrechnung an der Hochschule Ansbach								
Modul- / Fachbezeichnung	ECTS <sup>1</sup>	Note	Modulbezeichnung nach SPO der HS Ansbach	Modulgruppe der SPO <sup>2</sup> der HS Ansbach	Modulverantwortlicher <sup>3</sup> der HS Ansbach	Englische Bezeichnung <sup>4</sup>	ECTS	Note	Anrechnung		Datum / Kürzel
									Ja	Nein*	
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nr.	*Bei Ablehnung: Begründung des Modulverantwortlichen / Prüfungskommission

<sup>1</sup> Falls vorhanden, ansonsten geben Sie bitte die Wochenstundenzahl an

<sup>2</sup> Abkürzung laut Studien- und Prüfungsordnung (z.B. FPM, WPM etc.)

<sup>3</sup> Siehe Modulhandbuch

<sup>4</sup> Bei Platzmangel Rückseite nutzen

Beschluss der Prüfungskommission bzgl. der beantragten Anrechnung (s.o.):

Ansbach, .....

Datum

.....

Vorsitzender der Prüfungskommission

Abteilung 1: Zur Kenntnis genommen

.....

Datum

.....

Handzeichen SGL