

Name	Vorname:	Matr. Nr.:
------	----------	------------

An die  
Vorsitzende des Prüfungsausschusses  
Lehrinheit Gesundheit

**Fristverlängerung für die Abgabe der Master- / Bachelorarbeit**

Ich beantrage eine Fristverlängerung (max. 4 Wochen) für die Abgabe der Master- / Bachelorarbeit bis zum

Begründung:

Bielefeld, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Studierenden

Stellungnahme des Betreuers ( 1. Prüfer):

Bielefeld, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Betreuers

genehmigt  Neuer Abgabetermin:  - nicht genehmigt -

Eine darüberhinausgehende Verlängerung ist nicht möglich.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Vorsitzender des Prüfungsausschusses)