

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

An die  
Vorsitzende des Prüfungsausschusses  
Fachbereich 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, den \_\_\_\_\_

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

Stellungnahme des Betreuers ( 1. Prüfer):

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

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

genehmigt 

Neuer Abgabetermin:
---------------------

 - nicht genehmigt -

Eine darüberausgehende Verlängerung ist nicht möglich.

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