

Kolloquium zur Masterarbeit

Name: Vorname: Studiengang:

Datum: Uhrzeit: Ort:

Thema der Masterarbeit:

.....
.....

Prüfungskommission:

1. Prüfer(in) = Betreuende(r) der Masterarbeit

2. Prüfer(in) =

Mit dieser Unterschrift wird die rechtzeitige Kenntnis über den Termin des Kolloquiums und die Zusammensetzung der Prüfungskommission bestätigt.

.....
Unterschrift der/des Studierenden

Matr. Nr.:

.....
Unterschrift der/des Prüferin/Prüfers

Dieses Formular ist vollständig ausgefüllt **spätestens zwei Wochen vor dem Kolloquium** im Prüfungsamt (Raum F 0.013) abzugeben.

Ausführliche Hinweise zum Datenschutz und zu Ihren Betroffenenrechten finden Sie auf unserer Internetseite unter <https://www.hs-kl.de/datenschutz>.