



An den Bereich

Absender Fachbereich

Studierendenverwaltung
Ittisstr. 1
14195 Berlin

Telefon +49 30 838-
Fax +49 30 838-
E-Mail
Internet www.fu-berlin.de
Bearb.-Zeichen
Bearbeiter/in

Datum

Bestätigung über die Zustimmung zum Teilzeitstudium (Gemäß Satzung für Studienangelegenheiten § 9 Abs. 4)

Herr/ Frau _____

geb. am _____, Matr.-Nr. _____
(wenn vorhanden)

hat ab dem Sommersemester/Wintersemester 20_____

einen Antrag auf Teilzeitstudium gestellt. Dieser gilt bis auf Widerruf.

Wir stimmen dem Antrag auf Teilzeitstudium zu.

Durch das genehmigte Teilzeitstudium endet die Regelbearbeitungszeit am _____

Mit freundlichen Grüßen

Name und Unterschrift Promotionsausschuss

Stempel Fachbereich