



LUDWIG-  
MAXIMILIANS-  
UNIVERSITÄT  
MÜNCHEN

PRÜFUNGSAMT NATURWISSENSCHAFTEN INNENSTADT



## Antrag auf Verlängerung der Bearbeitungszeit für die Abschlussarbeit

### Request for Thesis Working Time Extension

Name(n)  Vorname(n)   
*Surname(s) First Name(s)*

Matrikelnr.  Studienfach   
*Student ID No. Subject of Study*

Abschlussart  Bachelor  Master  
*Program Type Bachelor's Master's*

Telefon  Campus-E-Mail-Adresse   
*Phone Campus E-Mail Address*

Regulärer Abgabetermin  Zusätzlich benötigte Arbeitszeit   Tage   Wochen  
*Regular Submission Date Additional Working Time Required Days Weeks*

Nennen Sie hier die Gründe Ihres Antrags und nutzen Sie die Seite 2 dieses Formulars, um die Gründe nachvollziehbar darzulegen:  
*State the reasons for the request and use the page 2 of this form to provide a detailed explanation:*

Wenn arbeitsrelevante Aspekte die Verlängerung begründen sollen, ist der Antrag der Betreuungsperson vorzulegen.  
 Bei Krankheit ist ein ärztliches Attest im Original einzureichen. Eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ist nicht ausreichend!  
*If work-related aspects are to justify the extension, this request must be submitted by the supervisor.  
 In case of illness, an original medical certificate must be enclosed. A certificate of incapacity for work is not sufficient!*

Ich bestätige die von der/dem Studierenden erklärten Gründe:  
*I confirm the reasons explained by the student:*

Datum  Unterschrift Betreuer / Betreuerin   
*Date Signature Supervisor*

Datum  Unterschrift Antragsteller / Antragstellerin   
*Date Signature Requestor*

Von dem / der Vorsitzenden des Prüfungsausschusses auszufüllen:  
*To be filled in by the chairperson of the Examination Committee:*

Die Verlängerung wird genehmigt wie beantragt  
*The extension is approved as requested*

Es wird keine Verlängerung genehmigt, Grund:  Abweichend vom Antrag wird folgendes genehmigt:  
*No extension is approved, Reason: In deviation from the request, the following is approved:*

Datum  Unterschrift des / der Prüfungsausschussvorsitzenden   
*Date Signature Chairperson Examination Committee*

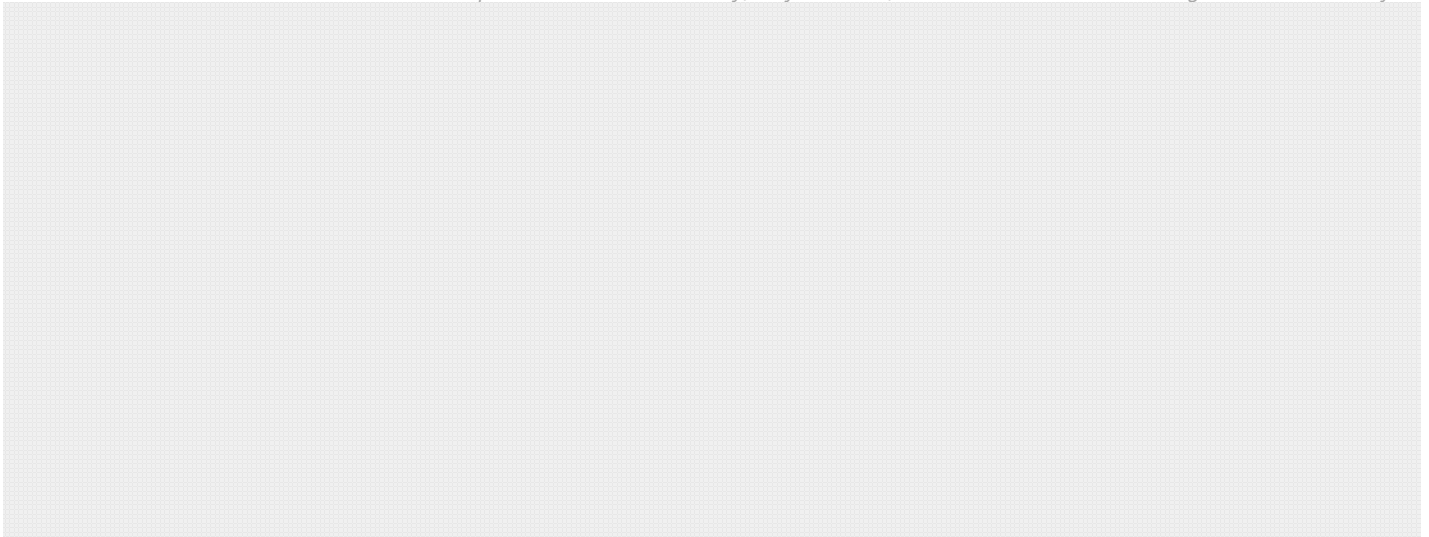
Vom Prüfungsamt auszufüllen:  
*To be filled in by the examination office*

Neues Abgabedatum  Datum  Name

Der / die Studierende und der / die Betreuende wurden informiert:  
 per Bescheid  per E-Mail Datum  Name

Bitte beschreiben Sie hier ausführlich und nachvollziehbar, warum aus Ihrer Sicht eine Verlängerung der Bearbeitungszeit der Abschlussarbeit erforderlich ist:

*Please describe here in a detailed and comprehensible manner why, in your view, an extension of the working time is necessary:*



Datum  
Date



Unterschrift Antragsteller / Antragstellerin  
*Signature Requestor*

