Anschrift:

E-Mail:

Telefon:

An: Vorsitzende*n des Prüfungsausschusses für den Studiengang **Master FPM** an der FH Bielefeld

Name:

Vorname:

Matrikelnummer:

Antrag auf Zulassung zur Masterarbeit

Kontrollvermerke für den Studierendenservice:

Credits

Erster Versuch (Masterarbeit) ja ☐ nein ☐

Zweiter Versuch (Masterarbeit) ja ☐ nein ☐

Betreuer*in:

Bielefeld,

(Unterschrift Studierende*r)

2. Prüfer*in (bitte mit akad. Titel angeben):

Thema der Masterarbeit:

Bearbeitungszeit: 16 Wochen oder 20 Wochen (empirische Masterarbeit) **Bitte zutreffendes unterstreichen!**

☐ Die Arbeit wird in einem Unternehmen erstellt.

Name des Unternehmens:

☐ Abgabe digital (Uploadfunktion/Website) ☐ Abgabe Papierform an Studierendenservice (zweifache Ausfertigung)

Bielefeld,

(Unterschrift 1. Prüfer*in)

Zulassung zur Masterarbeit

Ausgabedatum:

Abgabedatum:

Datum

(Vorsitzende*r des Prüfungsausschusses)