

---

## Antrag auf Freistellung von Lehrveranstaltungen Fax 0351- 44722-299

**Name:** \_\_\_\_\_ **Seminargruppe:** \_\_\_\_\_

**Datum der Freistellung:** \_\_\_\_\_

**Grund der Freistellung:**

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

**Genehmigung durch den Praxispartner:**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel

**Befürwortung durch den/die Leiter/in des Studienganges/der Studienrichtung:**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift