

Leistungsbestätigung Lehrbeteiligung

Name Doktorand/in _____

Name Doktormutter/vater _____

Lehrbeteiligung

Titel/Fach: _____

Fakultät/Institution: _____

Ort, Land: _____

Semester: _____

Und/oder

Datum Beginn: _____ Datum Ende: _____

Dauer in SWS: _____ (1 SWS = 10,5 h)

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben gegenüber meiner/m Doktormutter/vater:

_____, den _____
Doktorand/in

Hiermit bestätige ich als Betreuer/in gegenüber dem FGZ MW, dass die oben beschriebene fachliche Veranstaltung von dem/der Doktorand/in besucht wurde:

_____, den _____
Doktormutter/Doktorvater