

Matrikel-Nr. _____ | Studiengang: _____

Antrag auf Teilzeitstudium

Erstantrag / Folgeantrag (Die Nachweise über den Studienfortschritt sind beigelegt)

Name, Vorname: _____
geb. am: _____ in _____
Staatsangehörigkeit: _____
Straße: _____
PLZ, Wohnort: _____

Hiermit beantrage ich die Anerkennung der beiden Semester _____/_____ als Teilzeitstudium, weil ich aus wichtigem Grund nicht in der Lage bin, das Studium als Vollzeitstudium zu betreiben. Der Antrag kann jeweils für die Dauer von zwei aufeinander folgenden Semestern gestellt werden. Für ein bereits abgeschlossenes Semester können Sie kein Teilzeitstudium mehr beantragen. Des Weiteren sind Sie verpflichtet uns den Wegfall der Voraussetzungen für ein Teilzeitstudium unverzüglich mitzuteilen.

Begründung:

- Erwerbstätigkeit von mindestens 15 Stunden pro Woche
(Aktuelle Nachweise, wie Arbeitsbescheinigung, Arbeitsvertrag etc. sind beigelegt.)
- Betreuung eines Kindes bis zu 16 Jahren gemäß den Bestimmungen von § 25 Abs. 5 BAföG
(Geburtsbescheinigung ist beigelegt.)
- Pflege eines nahen Angehörigen, die Pflegebedürftigkeit bestimmt sich nach § 14 SGB XI.
(Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit mit Zuordnung zur Pflegestufe, sowie amtlicher Nachweis über die Bestellung zur/ zu Pfleger/in ist beigelegt.)
- eigene durch den Amtsarzt bestätigte Behinderung oder chronische Erkrankung, die die Studierfähigkeit in dem Maße herabsetzen, dass ein Vollzeitstudium ausgeschlossen ist.
(Amtsärztliches Gutachten über die Behinderung oder Erkrankung ist beigelegt.)
- Mitarbeit bei akademischen und studentischen Selbstverwaltungsangelegenheiten.
(Erhebliche zeitliche Beanspruchung. Nachweis ist beigelegt.)

Ich bin informiert, dass ich nicht von der Semesterbeitragspflicht befreit bin. **Hinweis:** Bitte beachten Sie die möglichen Konsequenzen eines Teilzeitstudiums für das BAföG, Kindergeld, Krankenkasse und den Nebenjob. Auskünfte geben die entsprechenden Stellen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

=====

Genehmigungsvermerk (Wird von dem Dekan des zuständigen Fachbereiches ausgefüllt)

Gem. § 4 Einschreibordnung der Fachhochschule Kiel und unter Berücksichtigung der vorhandenen Studienplatzkapazitäten genehmige ich Ihnen ein Teilzeitstudium für das _____ und _____ bis zum _____.

einverstanden nicht einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Dekan/in

Postanschrift: Fachhochschule Kiel, Abteilung für studentische Angelegenheiten, Sokratesplatz 1, 24149 Kiel
Öffnungszeiten: Mo., Di., Do. 9.30 – 12.00 Uhr / Mo., Do. 14.00 – 16.00 Uhr / Di. 14.00 – 16.30 Uhr
sowie nach Terminvereinbarung