

Antrag auf Anrechnung von außerhochschulisch erbrachten Leistungen nach § 19 GntDSVVVDV

Name, Vorname: _____

Lehrgang: _____

Träger: _____

Schwerpunkt: _____

Kontaktdaten: _____

Mail/Telefon _____

Hiermit beantrage ich, die nachfolgend aufgeführte außerhochschulisch erbrachte Leistung für mein Studium im Studiengang "Sozialversicherungsrecht" an der Hochschule des Bundes anzurechnen:

Modul im Studiengang "Sozialversicherungsrecht" an der HS Bund, für das die Anrechnung der u. g. außerhochschulisch erbrachten Leistung beantragt wird*:			
Modulbezeichnung*	Credits/ECTS	Art und Dauer der Prüfung	
Schule/Betrieb/Unternehmen, an der die außerhochschulischen Leistungen erbracht wurden:			
Bezeichnung der Leistung	Zeitlicher Umfang	Art/Dauer der Prüfung	Note

*Für jedes Modul, für das Leistungen angerechnet werden sollen, muss ein gesonderter Antrag gestellt werden. Eine Entscheidung ergeht ausschließlich auf der Grundlage der eingereichten Unterlagen.

Bitte senden Sie uns diesen Antrag nebst Unterlagen **NUR per E-Mail** an pruefung-nwk@drv-bund.de. Bitte fügen Sie die entsprechenden Dokumente an diese Datei an. Notwendige Informationen sind in digitaler Form (mit entsprechenden Markierungen, s. u.) dem Antrag beigelegt:

- ☐ Abschluss- und Prüfungszeugnisse
- ☐ Ausbildungsverordnungen
- ☐ Ausbildungspläne
- ☐ Inhaltliche Beschreibungen der Veranstaltungen (nur relevante (Modul-)Beschreibungen)
- ☐ Kompetenzbeschreibungen, Stellenbeschreibungen
- ☐ Bestätigungen der Berufsschule oder des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin über erworbene Kompetenzen, die über die normalen Berufsschulinhalte oder die normale Berufstätigkeit hinausgehen (Weiterbildungen)
- ☐ Beurteilungen
- ☐ Ich habe die Regelungen in **der Richtlinie zur Anrechnung von außerhochschulisch erworbenen Kompetenzen und erbrachten Leistungen nach § 19 GntDSVVVDV** und das angefügte Merkblatt zur Kenntnis genommen. Die für die Entscheidung wichtigen Stellen habe ich in den digitalen Dokumenten markiert.

Sie werden über Ihre o. g. E-Mail-Adresse über die Entscheidung informiert. Bitte sehen Sie von Nachfragen innerhalb der Bearbeitungsfrist ab.

Ort _____ Datum _____

Prüfungsamt am Fachbereich Sozialversicherung
Rohrdamm 22
13629 Berlin

Unterschrift Antragsteller/in _____

E-Mail: pruefung-nwk@drv-bund.de

Gegebenenfalls weitere Begründung: