

# Erklärung über bisherige Studienzeiten



**HOCHSCHULE MAINZ**  
UNIVERSITY OF  
APPLIED SCIENCES

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Bewerber-Nr. \_\_\_\_\_  
Hochschule Mainz: \_\_\_\_\_

Ich erkläre hiermit bisher an keiner Hochschule in Deutschland oder im Ausland eingeschrieben  
gewesen zu sein.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

**Sie waren bereits an einer oder mehreren Hochschulen in Deutschland oder im Ausland  
eingeschrieben? Bitte geben Sie Ihre vollständige Studienvergangenheit an:**

## 1. Hochschule:

Name der Hochschule: \_\_\_\_\_

Immatrikulationszeitraum: Von SoSe/WiSe \_\_\_\_\_ bis SoSe/WiSe \_\_\_\_\_  
insg. Hochschulsesemester \_\_\_\_\_ im

Studiengang: Diplom Bachelor Master sonst. Abschluss

Bezeichnung des Studiengangs: \_\_\_\_\_

Studienabschluss: Ja Nein

Prüfungsanspruch besteht noch: Ja Nein - Bei Nein bitte den Grund für den Verlust des  
Prüfungsanspruchs benennen (z.B. endgültig nicht beständenes Modul):

\_\_\_\_\_

## 2. Hochschule:

Name der Hochschule: \_\_\_\_\_

Immatrikulationszeitraum: Von SoSe/WiSe \_\_\_\_\_ bis SoSe/WiSe \_\_\_\_\_  
insg. Hochschulsesemester \_\_\_\_\_ im

Studiengang: Diplom Bachelor Master sonst. Abschluss

Bezeichnung des Studiengangs: \_\_\_\_\_

Studienabschluss: Ja Nein

Prüfungsanspruch besteht noch: Ja Nein - Bei Nein bitte den Grund für den Verlust des  
Prüfungsanspruchs benennen (z.B. endgültig nicht beständenes Modul):

\_\_\_\_\_

**Bitte auf der 2. Seite unterschreiben!**

# Erklärung über bisherige Studienzeiten



**HOCHSCHULE MAINZ**  
UNIVERSITY OF  
APPLIED SCIENCES

Bewerber-Nr. \_\_\_\_\_  
Hochschule Mainz

## 3. Hochschule:

Name der Hochschule: \_\_\_\_\_

Immatrikulationszeitraum: Von SoSe/WiSe \_\_\_\_\_ bis SoSe/WiSe \_\_\_\_\_  
insg. Hochschulsesemester \_\_\_\_\_

im Studiengang: Diplom Bachelor Master sonst. Abschluss

Bezeichnung des Studiengangs: \_\_\_\_\_

Studienabschluss: Ja Nein

Prüfungsanspruch besteht noch: Ja Nein - Bei Nein bitte den Grund für den Verlust des  
Prüfungsanspruchs benennen (z.B. endgültig nicht bestanden Modul):

\_\_\_\_\_

## 4. Hochschule:

Name der Hochschule: \_\_\_\_\_

Immatrikulationszeitraum: Von SoSe/WiSe \_\_\_\_\_ bis SoSe/WiSe \_\_\_\_\_  
insg. Hochschulsesemester \_\_\_\_\_ im

Studiengang: Diplom Bachelor Master sonst. Abschluss

Bezeichnung des Studiengangs: \_\_\_\_\_

Studienabschluss: Ja Nein

Prüfungsanspruch besteht noch: Ja Nein - Bei Nein bitte den Grund für den Verlust des  
Prüfungsanspruchs benennen (z.B. endgültig nicht bestanden Modul):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)