

An die  
Hochschule Bremen  
Immatrikulations- und Prüfungsamt  
Neustadtswall 30

28199 Bremen

## Antrag auf TEILZEITSTUDIUM

<b>Matrikel-Nummer:</b>	
<b>Studiengang:</b>	
Name:	
Vorname(n):	
Postzusatz (c/o):	
Straße, Haus-Nr.:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	
(zutreffendes bitte ankreuzen)	
<b>Hiermit beantrage ich ein Teilzeitstudium für den Zeitraum (mind. zwei Semester)</b>	
<b>vom <input type="checkbox"/> SoSe / <input type="checkbox"/> WiSe _____ bis einschl. <input type="checkbox"/> SoSe / <input type="checkbox"/> WiSe _____ .</b>	
<b>Grund:</b>	
<input type="checkbox"/> a) = Pflege und Betreuung eines minderjährigen Kindes oder Pflegekindes, <input type="checkbox"/> b) = Pflege einer / eines kranken oder hilfebedürftigen Angehörigen, <input type="checkbox"/> c) = Behinderung oder chronische Erkrankung, <input type="checkbox"/> d) = Erwerbstätigkeit, <input type="checkbox"/> e) = herausragendes gesellschaftliches Engagement (z.B. soziales, politisches, gewerkschaftliches Engagement, künstlerische Aktivitäten, Hochleistungssport) oder <input type="checkbox"/> f) = Mitarbeit in Gremien der studentischen und akademischen Selbstverwaltung.	
Ort, Datum:	Unterschrift:

### Hinweis:

Dem Antrag müssen Nachweise über den geltend gemachten wichtigen Grund und dessen studienzeitverlängernde Wirkung beigelegt werden.