

Programm „Zeit für Forschung“

1) An die*den Rektor*in
2) P/O.1 zur
Bearbeitung

Antrag Übernahme zusätzlicher Lehre	
für das WiSe	
für das SoSe	

Name, Vorname	
Fakultät	

Übernahme zusätzlicher Lehre in Höhe von		LVS
--	--	-----

Mindestens durchschnittliche Lehrevaluationsergebnisse liegen vor	Ja		Nein	
---	----	--	------	--

Lehrreduzierende Person	
-------------------------	--

Einvernehmen in der Fakultät ist hergestellt	Ja		Nein	
--	----	--	------	--

--

Datum

Unterschrift Professor*in	Unterschrift Dekan*in