An die bitte per mail an: [lukas.kruckenfellner@mesocosm.de](mailto:lukas.kruckenfellner@mesocosm.de) Geschäftsstelle des SETAC GLB und mit Unterschrift

Am Forschungszentrum Neu-Ulrichstein

Lukas Kruckenfellner

Neu-Ulrichstein 5

35315 Homberg (Ohm)

Hiermit stelle ich den Antrag bei der Zuteilung von Härtefallplätzen für folgenden Kurs berücksichtigt zu werden (Es können keine Anträge für Kurse gestellt werden, die noch nicht mit Datum auf der Homepage angekündigt sind):

Kurs:

Datum:

Mir ist bekannt, dass ein Ranking unter den Antragstellern sechs Wochen vor Kursbeginn erstellt wird. Das Ranking richtet sich ausschließlich nach der Vorleistung, die im Rahmen des PGS bereits geleistet wurde. Jeder bestandene Kurs wird mit zwei Punkten bewertet (nicht bestandene Kurse 1 Punkt), eine eingereichte Abschlussarbeit 3 Punkte. An die Antragsteller mit der höchsten Punktzahl werden die reservierten Plätze vergeben.

**Anträge können erst mit mindestens 10 Punkten eingereicht werden.**

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

Titel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße/PLZ/Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titel der Arbeit (falls vorhanden): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Arbeit Vorgelegt am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich habe an folgenden Kursen teilgenommen:

Kurs bestanden (ja/nein) Datum

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| 7. |  |  |
| 8. |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Meine Angaben sind von mir überprüft und korrekt

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift