

Leistungsbestätigung Lehrbeteiligung

Name Promovierende*r _____

Name Betreuende*r (laut DocGS) _____

Lehrbeteiligung

Titel/Fach: _____

Fakultät/Institution: _____

Ort, Land: _____

Semester: _____

und/oder

Datum Beginn: _____ Datum Ende: _____

Dauer in SWS: _____ (1 SWS = 10,5 h)

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben gegenüber meiner*/m Betreuenden*m:

_____, den _____
Promovierende*r

Hiermit bestätige ich als Betreuende*r gegenüber dem GC LS, dass die oben beschriebene Lehrbeteiligung von dem*der Doktorand*in besucht wurde:

_____, den _____
Betreuende*r