

## Leistungsbestätigung fachübergreifende Veranstaltung

Name Promovierende\*r \_\_\_\_\_

Name Betreuende\*r (laut DocGS) \_\_\_\_\_

### Fachübergreifende Veranstaltung

Kursname: \_\_\_\_\_

Kursart: \_\_\_\_\_

Veranstalter, Ort, Land: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum Beginn: \_\_\_\_\_ Datum Ende: \_\_\_\_\_

Dauer in Stunden: \_\_\_\_\_

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 überfachliche Veranstaltung von dem\*der Doktorand\*in besucht wurde:

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Betreuende\*r