

Leistungsbestätigung fachliche Veranstaltung

Name Promovierende*r _____

Name Betreuende*r (laut DocGS) _____

Fachliche 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 GZW, dass die oben beschriebene fachliche Veranstaltung von dem*der Doktorand*in besucht wurde:

_____, den _____
Betreuende*r