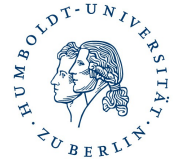




Wolfgang Filser, Winckelmann-Institut,  
 Unter den Linden 6  
 10099 Berlin  
 Tel.: 030 2093 2771  
 wolfgang.filser@hu-berlin.de



## PONS – LEARNING AGREEMENT

Name: .....	Semester: .....
Matrikelnr. ....	
Studienfächer (mit Angabe HF/NF):	..... ..... .....
Entsendendes Institut: .....	
Empfangendes Institut: .....	

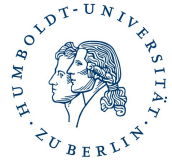
### Details des Studienprogramms

Modulnr. der Heimatuni	Wird abgedeckt durch folgende Veranstaltungen:		ECTS
	Typ	Titel	

*Wenn notwendig, auf einem separaten Blatt ergänzen*



Wolfgang Filser, Winckelmann-Institut,  
Unter den Linden 6  
10099 Berlin  
Tel.: 030 2093 2771  
wolfgang.filser@hu-berlin.de



Hiermit erkenne ich an, dass sich die Vergabe der ECTS, wie oben aufgeführt, nach den Vorgaben der Heimatuniversität richtet.

Unterschrift des Studierenden:

Datum Ort:

**Entsendendes Institut**

Hiermit bestätigen wir, dass die im oben stehenden Studienprogramm aufgeführten Veranstaltungen von uns voll anerkannt werden:

Unterschrift:

Datum Ort:

**Empfangendes Institut**

Hiermit bestätigen wir, dass die im oben stehenden Studienprogramm aufgeführten Lehrveranstaltungen tatsächlich im gewünschten Semester angeboten werden:

Unterschrift:

Datum Ort: