

Rücktritt von Studien- und Prüfungsleistungen

- wegen Krankheit**
- wegen Krankheit eines überwiegend selbst zu versorgenden Kindes**

Matrikel-Nr.: _____ E-Mail: _____

Nachname: _____ Mobiltelefon: _____

Vorname: _____

Eine ärztliche Bescheinigung muss innerhalb von 3 Werktagen nach Prüfungsdatum an das Prüfungsamt gesendet werden!

Studiengang Bachelor Pädagogik: Entwicklung und Inklusion

Hiermit erkläre ich den Rücktritt von der/den nachfolgenden Studien-/Prüfungsleistung/en:

Prüfungs- Nummer:	Leistungsart: (SL, PL, SL + PL)	Name Dozent/in:	Veranstaltungs- Nr.:	Datum der Leistung:

Ich bitte die beiliegende ärztliche Bescheinigung als Nachweis für meinen Rücktritt anzuerkennen. Ich werde mich selbst über mögliche Nachholtermine informieren. Es erfolgt keine automatische Anmeldung zum Nachschreibetermin.

(Ort, Datum)

(Unterschrift der/s Antragsteller/in)