

Universität Siegen
Fakultät II/Department Psychologie
Prüfungsamt
Adolf-Reichwein-Str. 2a / NB 0136
57076 Siegen

Rücktritt von Studien- und Prüfungsleistungen

Matrikelnummer: _____

Nachname, Vorname: _____

Hiermit erkläre ich den Rücktritt von den nachfolgenden Leistungen:

Nummer des Modulelementes	Name der Dozentin /des Dozenten	Studien- oder Prüfungsleistung	Prüfungsdatum

Ich bitte die beiliegende ärztliche Bescheinigung als Nachweis für meinen Rücktritt anzuerkennen. Ich werde mich selbst über mögliche Nachholtermine informieren.

Hinweis: Nur wenn dem Prüfungsamt ein Nachholtermin bekannt ist, kann eine erneute Anmeldung in Unisono für dasselbe Semester erfolgen.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Student/in)