



Universität Siegen
Prüfungsamt ETI
Hölderlinstraße 3
57068 Siegen

An den Vorsitzenden des
Prüfungsausschusses

Telefon: 0271 740-3113; 4409
E-Mail: pruefungsamt-inf@uni-siegen.de
pruefungsamt-et@uni-siegen.de
Raum: H-E 211, H-E 212

Rücktritt von Leistungen wegen:

Krankheit

Krankheit eines überwiegend selbst zu versorgenden Kindes

Nachname, Vorname: _____

Matrikelnummer: _____

Studentische E-Mail-Adresse: _____

Studiengang: _____

Hiermit erkläre ich den Rücktritt von den nachfolgenden Leistungen:

Prüfung	Prüfer	Prüfungsdatum

Anlage: Ärztliches Attest
oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Bitte beachten Sie, dass Atteste vom Arzt eigenhändig unterschrieben sein müssen (keine vorgedruckte Unterschrift!) und dass das Prüfungsamt keine elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung akzeptieren kann.

Ort, Datum

Unterschrift der/s Antragstellerin/s