

An die/ den
Vorsitzende/ Vorsitzenden des
Zentralen Prüfungsausschusses für
Lehrämter

Universität Siegen
Zentrum für Lehrerbildung und Bildungsforschung
Zentrales Prüfungsamt für Lehrämter

57068 Siegen

Rücktritt von Leistungen wegen:

Krankheit

Krankheit eines überwiegend selbst zu versorgenden Kindes

Sonstige triftige Gründe und zwar:

Nachname, Vorname:

Matrikelnummer:

Studienfach:

Hiermit erkläre ich den Rücktritt von den folgenden Leistungen:

Veranstaltungsnummer und -titel	Dozent*in	Modulnummer/ Modulbezeichnung ¹	Datum der Leistung	Leistungs- art ²

¹ Angabe entsprechend der Fachspezifischen Bestimmungen.

² Bitte geben Sie an, ob es sich um eine Studien- und/oder Prüfungsleistung (SL, PL oder SL+PL) handelt.

Ich bitte, die beigefügten Nachweise als triftige Gründe für den Rücktritt anzuerkennen.
Ich werde mich selbst über mögliche Nachholtermine informieren.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller*in