



**Mitteilung über krankheitsbedingten Rücktritt von Prüfungen und
Anerkennung von Krankheitagen für den Bearbeitungszeitraum von
Abschlussarbeiten**

Dieses Formular ist bitte im Zusammenhang mit dem ärztlichen Attest beim Prüfungsamt einzureichen.

Name, Vorname: _____

Matrikelnummer: _____ Immatrikulationsjahr: _____

Studiengang: _____

Krankschreibung von: _____ bis _____

Prüfungsleistung und Prüfungsdatum (inkl. HIS oder selma Nummer):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Datum

Unterschrift