



Fakultät Maschinenwesen/Dekanat/Prüfungsamt

**MITTEILUNG ÜBER KRANKHEITSBEDINGTEN RÜCKTRITT
VON PRÜFUNGSLEISTUNGEN**



Dieses Schreiben ist zusammen mit dem ärztlichen Attest beim Prüfungsamt einzureichen, siehe Kontakt Prüfungsamt: <https://tud.link/jlcb>

Ein krankheitsbedingter Rücktritt ist bis **spätestens 5 Werktage** nach dem Prüfungstermin einzureichen.

Der Antrag ist am PC auszufüllen! Bitte nutzen Sie zur Bearbeitung der Anträge den Adobe Acrobat Reader DC. Bei Rückfragen werden Sie über Ihre TU Dresden E-Mail-Adresse kontaktiert.

Anrede	Name	Vornamen
Geb.-Datum	Matrikelnummer	IMMA-Jahrgang
Studiengang		
Studienrichtung / Profilempfehlung		

Hinweise zum korrekten Rücktritt von Prüfungsleistungen und Ausfüllen des Antrages:

Mit vorliegendem Antrag treten Sie im Falle einer Prüfungsunfähigkeit auf Grund von Krankheit von einer angemeldeten Prüfungsleistung zurück. **Sofern Sie nicht an dieser Prüfungsleistung teilgenommen haben** und bislang nicht vom Prüfungsausschuss anders informiert wurden, ist hierfür ein ärztliches Attest notwendig. Bitte erklären Sie im vorgegebenen Feld, dass Sie an der genannten Prüfung nicht teilgenommen haben. Anderenfalls müssen wir von Ihrer Teilnahme an der Prüfung ausgehen und Ihr Antrag auf Rücktritt ist ungültig. Eine Vorlage für ein ärztliches Attest findet sich hier: <https://tud.link/q9pf>

Bitte beachten Sie, dass Ihr Antrag auf Rücktritt nur gültig ist, wenn die Zeiten Ihrer Krankheit im ärztlichen Attest sich mit Ihren Prüfungsterminen decken. **Ein Rücktritt von einer angetretenen Prüfungsleistung** ist nur bei einer akuten Prüfungsunfähigkeit auf Grund von Krankheit möglich und erfordert unverzüglich ein entsprechendes ärztliches Attest. Eine wissentlich falsche Angabe wird als Täuschungsversuch behandelt und dem Prüfungsausschuss übergeben.

Krank von	bis
-----------	-----

Krankheitsbedingter Rücktritt von folgenden Prüfungsleistungen

Prüfung			
Prüfungsnummer	Prüfungsdatum	Hiermit erkläre ich, dass ich an der o.g. Prüfungsleistung nicht teilgenommen habe!	<input type="radio"/>

Prüfung			
Prüfungsnummer	Prüfungsdatum	Hiermit erkläre ich, dass ich an der o.g. Prüfungsleistung nicht teilgenommen habe!	<input type="radio"/>

Prüfung			
Prüfungsnummer	Prüfungsdatum	Hiermit erkläre ich, dass ich an der o.g. Prüfungsleistung nicht teilgenommen habe!	<input type="radio"/>

Datum	(Unterschrift)
-------	----------------

Bearbeitungsvermerk des Prüfungsausschusses

Dresden, den	(Unterschrift der:des Vorsitzenden des Prüfungsausschusses)
--------------	---

Hinweis zum Datenschutz:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Datenschutzerklärung der Fakultät Maschinenwesen (https://tudresden.de/ing/maschinenwesen/ressourcen/dateien/studium/pruefungsamt/formulare_informationen/Datenschutzerklaerung-2.pdf) gelesen und verstanden habe.

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig aus.