

Antrag auf Prüfungsrücktritt wegen Krankheit

Name Vorname

Matr. Nr. Fachsemester

Studiengang

- ☐ Pharmazie
- ☐ Molekulare Biotechnologie BSc

Das beiliegende ärztliche Attest ist gültig für folgende Prüfungen:

Name der Lehrveranstaltung Dozent*in

Art der Prüfung Datum der Prüfung

Name der Lehrveranstaltung Dozent*in

Art der Prüfung Datum der Prüfung

Unterschrift der/des Studierenden

Genehmigt am _____
Datum

Unterschrift Prüfungsausschuss