

Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
Fakultät für
Prüfungsamt
Postfach 4120
39016 Magdeburg



Attestierung von Prüfungsunfähigkeit

Nachname:
Name:
Geburtsdatum:
Anschrift:

Im Ergebnis der Untersuchung des o.g. Patienten wird Prüfungsunfähigkeit bis zum _____ attestiert und dem Prüfungsausschuss empfohlen, diese anzuerkennen.

Datum/Unterschrift

Praxisstempel

Vom Studierenden auszufüllen:

Nachname:

Name:

Geburtsdatum:

Matrikelnummer

Studiengang:

Ich beantrage den Rücktritt von der bzw. den aufgeführten Prüfungen:

	Nummer der Prüfung (siehe HIS-QUIS)	Titel der Prüfung	Prüfungsdatum

Datum

Unterschrift Studierende/r