

PA03 Rücktritt/ Versäumnis einer Prüfung wegen**Prüfungsunfähigkeit aus Krankheitsgründen****Anlage zum Amtsärztlichen Attest**

Name:

Vorname:

Matrikelnummer:

WIV TLM LIM LIP

Straße:

PVM SPM TM SRM

PLZ, Ort:

MD MM MK MVL

Telefon:

FDU UQM VM KM

E-Mail:

 @ostfalia.deMPM WMV LOM LOP

SBD

MGI

STM

STS

NaMo

DS

MKT

AP

Ich erkläre das Versäumnis folgender Prüfungen:

Prüfung:

Nr.:

Prüfungsdatum:

Prüfung:

Nr.:

Prüfungsdatum:

Prüfung:

Nr.:

Prüfungsdatum:

Prüfung:

Nr.:

Prüfungsdatum:

Ich entbinde den/die ausstellende/n Arzt/Ärztin von seiner/ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem zuständigen Prüfungsausschuss und willige in die Datenübermittlung untereinander ein. Insbesondere erkläre ich mich einverstanden, dass Nachfragen des Prüfungsausschusses zu den hier gemachten Angaben direkt beantwortet werden. Diese Entbindung und Einwilligung erfolgt für keine anderen Zwecke und endet automatisch mit Abschluss der Bearbeitung des Vorganges der Feststellung der Prüfungs(un)fähigkeit.

Datum:

Unterschrift Antragsteller/in:

Antrag genehmigt durch den Prüfungsausschuss:

Datum: _____

Unterschrift des PA: _____

Informationen zur Anlage zum Amtsärztlichen Attest:

Da in den meisten Fällen ein Schreiben vom Amtsarzt aufgesetzt wird ist nicht ersichtlich, von welcher Prüfung Sie sich abmelden wollen.

Deshalb füllen Sie bitte das Formular aus und reichen es innerhalb einer Woche nach der versäumten Prüfung im Prüfungssekretariat ein. Das amtsärztliche Attest wird dann vom Prüfungssekretariat mit archiviert.