

Universität Siegen
Fak. II - Prüfungsamt
Bachelor Soziale Arbeit
Adolf-Reichwein-Straße 2
57076 Siegen

Rücktritt von Studien- und Prüfungsleistungen

- wegen Krankheit
- Krankheit eines überwiegend selbst zu versorgenden Kindes

Matrikel-Nr.: _____

Nachname: _____

Vorname: _____

E-Mail: _____

Mobiltelefon: _____

Eine ärztliche Bescheinigung muss innerhalb von 3 Werktagen nach Prüfungsdatum an das Prüfungsamt gesendet werden!

Studiengang Bachelor Soziale Arbeit

Hiermit erkläre ich den Rücktritt von der/den folgenden Leistung:

Prüfungsnummer:	Leistungsart:	Name Dozent/in:	Veranstaltungs-Nr.:	Datum der Leistung:

Ich bitte die **beiliegende ärztliche Bescheinigung** als Nachweis für meinen Rücktritt anzuerkennen. Ich werde mich selbst über mögliche Nachholtermine informieren. Es erfolgt keine automatische Anmeldung zum Nachschreibetermin.

Ort/Datum

Unterschrift Student/in