

Universität Siegen
 Fak. II - Prüfungsamt
 Bachelor Soziale Arbeit
 Adolf-Reichwein-Straße 2
 57068 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 im Original 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:

Nr. des Moduls /Modul-elementes	benotet oder unbenotet	Name der Dozentin / des Dozenten	Veranstaltungsnummer	Datum der Leistung

Ich bitte die **beiliegende ärztliche Bescheinigung** als Nachweis für meinen Rücktritt anzuerkennen. Ich werde mich selbst über mögliche Nachholtermine informieren.

 Ort, Datum

 Unterschrift der Studentin / des Studenten