

Bitte **per Post schicken** (NICHT faxen und NICHT per Email)

Name, Vorname: _____ Matrikel-Nr.: _____

Studiengang
(Fach Abschluss): _____

Adresse: _____

Emailadresse: _____

Tel.Nr.: _____

**Universität Regensburg
Prüfungssekretariat Mathematik**

93040 Regensburg

Antrag auf Anerkennung krankheitsbedingter Prüfungsunfähigkeit

Aufgrund des beigefügten ärztlichen Attestes (Original) beantrage ich die Anerkennung einer krankheitsbedingten Prüfungsunfähigkeit für folgende Prüfung:

| <i>Prüfer</i> | <i>genaue Bezeichnung der Prüfung</i> | <i>KP</i> | <i>Prüfungsdatum</i> |
|---------------|---------------------------------------|-----------|----------------------|
| | | | |

Ort, Datum

Unterschrift