

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

Name, Vorname: _____ Matrikel-Nr.: _____

Studiengang
(Fach Abschluss): _____

Adresse: _____

Emailadresse: _____

Tel.-Nr.: _____

**Universität Regensburg
Prüfungssekretariat Physik**

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