



Universität Siegen
Prüfungsamt ETI
Hölderlinstraße 3
57068 Siegen

An den Vorsitzenden des
Prüfungsausschusses

Telefon: 0271 740-3113; 4409
E-Mail: pruefungsamt-inf@uni-siegen.de
pruefungsamt-et@uni-siegen.de
Raum: H-E 211, H-E 212

Rücktritt von Leistungen wegen:

Krankheit

Krankheit eines überwiegend selbst zu versorgenden Kindes

Nachname, Vorname: _____

Matrikelnummer: _____

Studentische E-Mail-Adresse: _____

Studiengang: _____

Hiermit erkläre ich den Rücktritt von den nachfolgenden Leistungen:

Prüfung	Prüfer	Prüfungsdatum

Anlage: Ärztliches Attest
oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Ort, Datum

Unterschrift der/s Antragstellerin/s