

	<u></u>		
	Rücktritt von Modulprü	fung/en aufgrund von Kra	nkheit
Nachname Vorname		Matrikelnummer	
Handy/Telefon E-Mail		Studiengang	
Modulbezeichnu	ng	Prüfungsnummer	Prüfungsdatum
1.			
2.			
3.			
Ort, Datum Unterschrift Antragsteller			
Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit			
(ärztliches Attest)			
zur Vorlage beim Prüfungsausschuss des Fachbereichs Bauingenieurwesen der FH Münster			
§ 11 Abs. 2 AT PO (Allgemeiner Teil der Prüfungsordnung für die Bachelor- und Masterstudiengänge an der FH Münster) "Ein Rücktritt muss unverzüglich erklärt werden. Die für den Rücktritt oder das Versäumnis geltend gemachten Gründe müssen dem Prüfungsausschuss unverzüglich			
schriftlich angezeigt und glaubhaft gemacht werden. Bei Krankheit der Kandidatin oder des Kandidaten ist unaufgefordert ein Attest beizufügen, das die krankheitsbedingte Prüfungsunfähigkeit (ohne Angaben zu Befundtatsachen oder der Diagnose) bescheinigt. Atteste sind unverzüglich,			
d.h. grundsätzlich am Tag der Prüfung oder spätestens am Tag nach der Prüfung einzuholen. Sie müssen in der Regel spätestens am dritten Werktag nach dem Prüfungsausschuss vorliegen."			
- Verkiag Haon dem i Tulungstein	Till Oliginal belin zastanalgen i i	utungsaassonass voinegen.	
Erläuterung für den Ar	<u>zt</u>		
Wenn ein Studierender aus ges die Erkrankung glaubhaft zu ma	undheitlichen Gründen von einer Pr chen. Zu diesem Zweck benötigt er	rüfung zurücktritt, hat er gemäß der Prü ein ärztliches Attest.	fungsordnung dem Prüfungsausschuss
Hinweis: Das Attest kann auch formlos erstellt werden, soweit es die nachstehend erbetenen Angaben enthält.			
1.) Name der untersu	chten Person:		
,			
Nachname	Vorname		Geburtsdatum
Tradinianio	vomanio		Cosaroadam
Straße u. Hausnummer		PLZ	Wohnort
Straise u. Haustiuriiriei		FLZ	WOIIIOIT
2.) Erklärung des Arz	toe:		
		Sicht ergeben, dass die Pat	ientin/der Patient
prüfungsunfähig ist.	· ·		
Dauer der Prüfungsunfähigkeit von		bis einschließlich	
	gen im o. g. Zeitraum abç	remeldetl	
Lo worden alle i Tululi	gon iiii o. g. Zeiliauiii abt	gomoldot:	
Datum, Praxisstempel	und Unterschrift		

Postfach 30 20 · D-48016 Münster Tel.: 0251 83 – 65151/-155