

Antrag auf Rücktritt aus triftigem Grund von Wiederholungsprüfungen bei Fristüberschreitung im Studiengang Medizin / Zahnmedizin

Zur Vorlage im Studiendekanat der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

- Dieses Formular ist **ausschließlich** dann abzugeben, wenn durch das Prüfungsversäumnis die Wiederholungsfrist nach §15 der Studienordnung überschritten wird.
- Im Krankheitsfall ist dieses Formular zusammen mit dem ärztlichen Attest (Vorlage Attest) unverzüglich bei einem zuständigen Mitarbeiter des Studiendekanats vorzulegen.
- Bei Vorliegen anderer triftiger Gründe ist dieses Formular zusammen mit einem begründenden Anschreiben der/des Studierenden sowie ggf. entsprechenden Nachweisen unverzüglich bei einem zuständigen Mitarbeiter des Studiendekanats vorzulegen.
- Unverzüglich bedeutet: **Innerhalb von 4 Werktagen inkl. Tag der Prüfung**. Samstage, Sonn- und Feiertage verlängern die Frist entsprechend.
- Bitte alle vom Rücktritt betroffenen Prüfungen auflisten!

Matrikelnummer		Studiengang	
Name, Vorname			
Telefon-Nr.		Stu-Mail-Adresse	
Adresse			

Rücktrittsgrund*	<input type="checkbox"/> eigene Erkrankung	<input type="checkbox"/> Erkrankung des Kindes	<input type="checkbox"/> anderer triftiger Grund
------------------	--	--	--

Hiermit trete ich aus triftigem Grund von folgender Prüfung / folgenden Prüfungen zurück:

Name des Faches/der Prüfung	Studienabschnitt	Art der Prüfungsleistung	Termin	Prüfer (sofern bekannt)

Datum, Unterschrift der / des Studierenden

* Anlage:	<input type="checkbox"/> Im Krankheitsfall: Attest (Bitte legen Sie dem Arzt den Vordruck der CAU vor.) <input type="checkbox"/> Bei Erkrankung des Kindes: Ärztliches Attest <input type="checkbox"/> Bei Vorliegen anderer triftiger Gründe: Begründendes Anschreiben der / des Studierenden
-----------	--

(Vom Studiendekanat auszufüllen)

Eingegangen am
Datum/Kürzel

Bearbeitet durch

Entscheidung

Bescheid Datum