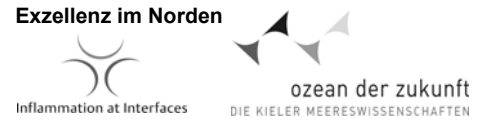


Medizinische Fakultät der CAU zu Kiel, Olshausenstr. 40, 24098 Kiel

**Der Studiendekan**  
Prof. Dr. Dr. Ingolf Cascorbi

Christian-Albrechts-Platz 4, 24118 Kiel  
R. 808  
<http://www.medizin.uni-kiel.de>



### Abmeldung Teilnahme an Wiederholungsklausuren im Wintersemester 17/18

**Ich beantrage gemäß § 13 (4) der Studienordnung (Satzung) für Studierende des Studienganges Medizin an der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel vom 25. Juli 2016 fristgerecht zum 01.02.2018 die Abmeldung von der Teilnahme an Wiederholungsklausuren.**

Name Vorname

Matrikelnummer

Name des Faches Name des Faches

Name des Faches Name des Faches

Mir ist bekannt, dass dieser Antrag nicht umkehrbar ist.

Datum

Unterschrift

- Speichern Sie diesen Antrag auf Ihrem PC
- Füllen Sie diesen Antrag vollständig am PC aus
- Drucken Sie den Antrag aus
- Unterschreiben Sie den Antrag
- Scannen Sie den Antrag ein
- Schicken Sie den Antrag ausschließlich als E-Mail-Anhang bis spätestens 01.02.2018 18.00 Uhr an [studiendekanat@medizin.uni-kiel.de](mailto:studiendekanat@medizin.uni-kiel.de)
- Später oder unvollständig eingegangene Anträge werden nicht berücksichtigt.