

Name, Vorname: _____

Matrikelnummer: _____

E-Mail: _____

Universität Regensburg
Fakultät für Medizin
Prüfungsamt / Studiendekanat Zahnmedizin
am Universitätsklinikum
Franz-Josef-Strauß-Allee 11
93053 REGENSBURG

ANTRAG AUF ANERKENNUNG KRANKHEITSBEDINGTER PRÜFUNGSUNFÄHIGKEIT

Aufgrund des beigefügten ärztlichen Attestes (Original) beantrage ich die Anerkennung einer krankheitsbedingten Prüfungsunfähigkeit für folgende Klausur / mündliche Prüfung:

Lehrstuhl / Prüfer	Genaue Bezeichnung der Prüfung	Prüfungsdatum

Mit ist bewusst, dass eine Rücktrittserklärung für eine Prüfung, von der ich rechtswirksam zurückgetreten bin, nach dem Prüfungstermin nicht mehr zurückgezogen werden kann.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Bitte den Antrag per Post schicken oder in den Briefkasten des Prüfungsamts Zahnmedizin im Gebäude H5 am UKR einwerfen. Bei Einreichung per E-Mail oder Fax müssen Antrag und Attest im Original nachgereicht werden.

Bei Anerkennung der krankheitsbedingten Prüfungsunfähigkeit wird in FlexNow „anerkannte Krankheit“ eingetragen.