HOCHSCHULE
RAVENSBURG-WEINGARTEN
UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES

Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit

Vom Studierenden auszufüllen:

.....

Name Vorname Matrikelnummer/Studiengang

.....

Adresse Telefon

Prüfungsleistung im Fach/ in Fächern: .....

.....

.....

....

Ort, Datum Unterschrift des Studierenden

Ärztliches Attest zur Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit

Vom behandelnden Arzt auszufüllen:

Hiermit bescheinige ich, dass Herr/Frau .....

an der Prüfung, dem ....., zum Zeitpunkt der Prüfung um .....Uhr

bzw. an den Prüfungstagen .....bis einschließlich .....

nicht in der Lage war, an einer **Prüfung** teilzunehmen.

.....

Ort, Datum Unterschrift des Arztes Stempel des Arztes