

Antrag auf Rücktritt aus triftigem Grund von Prüfungen in Bachelor- / Masterstudiengängen (gem. § 23 der PVO BaMa)

Zur Vorlage bei einem zuständigen Prüfungsamt der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

- Im Krankheitsfall ist dieses Formular zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten „**Formular für die Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit - Ärztlichen Attest**“ (<http://www.studium.uni-kiel.de/de/pruefungen/formulare>) unverzüglich bei einem zuständigen Prüfungsamt 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 Prüfungsamt 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! Sind mehrere Prüfungsämter vom Rücktritt zu informieren, bitte einem der beteiligten Prüfungsämter vorlegen. Ihr Antrag wird von dort entsprechend weitergeleitet.

Matrikelnummer		Studienfach/-fächer	
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:

Modul-Nr. oder Modulbezeichnung lt. FPO (nicht LV-Nr.)	Titel der Lehrveranstaltung	Art der Prüfungsleistung	Termin	Prüfer	zuständiges Prüfungsamt

Datum, Unterschrift der / des Studierenden

*Wird das Formular **per stu-Mail** an das zuständige Prüfungsamt geschickt, ist eine **Unterschrift bis auf Weiteres nicht erforderlich.***

* Anlage:	<input type="checkbox"/> Im Krankheitsfall: „Formular für die Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit – Ärztliches 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 Prüfungsamt auszufüllen)

Weitergeleitet an das Prüfungsamt:					
Datum/Kürzel					

For information purposes only, please complete the german version on the front page.

Application to withdraw from examinations for good cause in Bachelor's/ Master's Degree Programmes

(According to § 23 Examination Procedure Regulations of Kiel University)

To be presented to the responsible Examination Office at Kiel University

- In case of illness, this form is to be presented along with the medical certificate (<http://www.pamt.uni-kiel.de/pas/vzp/downloads/formulare/attest.pdf>) to a competent Examination Office without delay.
- If there are other substantial reasons, this form is to be presented along with an explanatory letter from the student as well as evidence, if relevant, to a competent Examination Office without delay.
- Without delay means: **Within 4 working days, incl. the date of examination.** Saturdays, Sundays and public holidays extend the period accordingly.
- Please list all examinations affected by the withdrawal! If more than one Examination Office is to be informed of the withdrawal, please present this form to one of the examination offices. Your application will be forwarded appropriately

Registration number		Subject(s)	
Surname, first name			
Telephone number		stu-mail-adress	
Adress			
Reason for withdrawal*	<input type="checkbox"/> Own illness	<input type="checkbox"/> Illness of a child	<input type="checkbox"/> Other good cause

I hereby withdraw from the following examination(s) for good cause:

Module number or module code	Name of the course	Type of examination	Date	Examiner	Responsible Examination Office

Date, Student's signature

If the form is sent **by stu-Mail** to the responsible examination office, a signature is not required until further notice.

* Annex:	<input type="checkbox"/> In case of illness: Medical certificate (Please submit the CAU form (german version) to the doctor.) <input type="checkbox"/> In case of other good cause: Explanatory statement from the student
----------	---

(to be completed by the Examination Office)

Forwarded to
Examination Office:

Date/Initials