
(Nach- und Vorname)

(Matrikel-Nr.)

(Studiengang)

(Telefon-Nr.)

**An das
Prüfungssekretariat
Geisteswissenschaften sowie FIDS
Universitätsstr. 31
93040 Regensburg**

**Antrag auf Anerkennung einer
krankheitsbedingten Prüfungsunfähigkeit**

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

Lehrstuhl/Prüfer	Genauere Bezeichnung der Prüfung & Veranstaltungs-Nr.	Angemeldet im Modul (z.B. EDU-M 10)	Prüfungsdatum

Datum

Unterschrift