

Bitte **per Post schicken** (NICHT faxen und NICHT per Email).

Name, Vorname

Matrikel-Nr.

Studiengang

Adresse

Emailadresse

Telefonnummer

Universität Regensburg

Prüfungsamt Physik

93040 Regensburg

Antrag auf Anerkennung krankheitsbedingter Prüfungsunfähigkeit

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

Prüfer	Genaue Bezeichnung der Prüfung	LP	Prüfungsdatum

Ort, Datum

Unterschrift