

Verzichtserklärung

Nachname: _____

Vorname: _____

Matrikel-Nr.: _____

Ich erkläre mich gem. § 3 Mutterschutzgesetz bereit, auf meine Schutzfrist (in der Regel 6 Wochen vor dem geplanten Entbindungstermin und 8 Wochen nach der Entbindung) zu verzichten und Prüfungsleistungen zu erbringen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Die Prüfungsleistung gilt als gültiger Versuch, wenn diese während der Prüfungsleistung/Klausur abgebrochen wird, sofern kein ärztliches Attest vorgelegt wird.

Ort/Datum

Unterschrift