

<p>Name:</p> <p>Vorname:</p> <p>geb. am:</p> <p>Matr.-Nr.:</p>	<p>Bitte Ausfüllhinweise beachten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Der Antrag ist im Zentralen Prüfungsamt (Technische Universität Chemnitz, ZPA, 09107 Chemnitz) einzureichen. 2. Sie können pro Formular nur den Antrag für eine angemeldete Prüfung stellen. 3. Nur Block- oder Maschinenschrift verwenden. 4. Der Antrag ist fristgemäß (lt. Prüfungsordnung) und vollständig ausgefüllt im ZPA einzureichen. 5. Eine Begründung ist nur zu geben, wenn es lt. Prüfungsordnung der Genehmigung / Zustimmung des Prüfungsausschusses bedarf. 6. Rücktritte innerhalb der Wochenfrist sind unverzüglich gegenüber dem Zentralen Prüfungsamt bekannt zu geben. <p>Unvollständige Anträge können nicht bearbeitet werden!</p>
--	---

Ich beantrage den Rücktritt von der Prüfung:
(Bezeichnung lt. Prüfungsordnung)

Prüfungsnummer laut Prüfungsordnung:

am:
(geplanter Prüfungstermin)

im Studiengang:

mit dem Studienabschluss:

Prüfungszeitraum: SS WS

Begründung (Nachweise liegen bei):

Datum: _____

Unterschrift: _____

Antragsteller/in

Formular für die Bescheinigung zur Prüfungsunfähigkeit (Ärztliches Attest)

zur Vorlage bei dem Zentralen Prüfungsamt der Technischen Universität Chemnitz
(Anschrift: TU Chemnitz, Zentrales Prüfungsamt, 09107 Chemnitz)

1. Name des untersuchten Patienten:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

2. Erklärung des Arztes:

Die Gesundheitsstörung ist:

dauerhaft, d. h. auf nicht absehbare Zeit

vorübergehend

Dauer der Krankheit:

von: _____

bis einschließlich: _____

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung
des Leistungsvermögens vor.

nein, liegt nicht vor

ja, liegt vor

(Es handelt sich hierbei nicht um Schwankungen in der Tagesform, Examensangst, Prüfungsstress oder
Ähnliches. **Dies sind im Sinne der Prüfungsunfähigkeit keine erheblichen Beeinträchtigungen.**)

Der Patient ist im oben genannten Zeitraum aus meiner medizinischen Sicht

Prüfungsart	prüfungsunfähig	prüfungsfähig
mündliche Prüfungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schriftliche Prüfungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sportpraktische Prüfungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zusätzliche Angabe bei Abschluss-, Studien-, Projekt-, Seminar- oder Hausarbeiten:

Welche Verlängerung wird angesichts des Grades der Leistungsminderung befürwortet? _____ Wochen
(z. B. wenn o. g. Patient die Arbeit zumindest eingeschränkt fortsetzen kann, so dass eine Verlängerung
über den gesamten Krankheitszeitraum aus Gründen der Chancengleichheit unangemessen ist)

Datum

Praxisstempel und Unterschrift