



BACHELOR MASTER

Name: _____ Studiensemester: **1 2 3 4 5 6**

Vorname: _____ Matrikelnummer _____

e-mail _____@fh-koblenz.de _____

RÜCKTRITT nach § 7 (5) der PO (Nicht bei Krankheit)

von Prüfungsleistungen in der Prüfungsperiode:

Der Rücktritt (außer bei Krankheit) ist spätestens eine Woche (Eingang im Prüfungsamt des Studiengangs) vor der Prüfungsleistung unwiderruflich zu erklären.

Prüfungsnummer gemäß Aushang	Modulbezeichnung	PL	SL	Prof. / LB	Datum der Prüfung

Bei Krankheit muss das Formblatt zur Prüfungsunfähigkeit (siehe Homepage) **spätestens am dritten Werktag nach der Prüfung** im Prüfungsamt eingegangen sein.

Koblenz, den _____
Unterschrift / oder per Mail von der FH-Mailadresse aus _____