

.....  
Name, Vorname  
.....  
Straße, Nr.  
.....  
PLZ, Ort

Seminargruppe: .....

Matrikelnummer: .....

Hochschule Zittau/Görlitz  
Dezernat Studium und Internationales  
Prüfungsamt  
Theodor-Körner-Allee 16  
02763 Zittau

### Antrag auf Anerkennung der Gründe für die Nichtteilnahme an der Prüfung

Hiermit beantrage ich die Befreiung/den Rücktritt von der/den Prüfung(en)

aufgrund: \_\_\_\_\_  
(Krankheit, Kindpflege, Unfall o. ä.)

Prüfungs- oder Modulnr.	genauer Prüfungs- termin	Prüfungs- form (PK, PL, PB, ...)	Lehrfachbezeichnung laut Prüfungsordnung	bei Professor/ Hochschullehrer

**Nachweis der Nicht-Prüfungsfähigkeit (Krankenschein, Unfallmeldung ...) und eine amtlich beglaubigte deutsche Übersetzung des Nachweises (bei ausländischen Studierenden) liegt bei.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Hinweis:**  
Abgabe des Antrags unverzüglich, jedoch innerhalb einer Kalenderwoche!