

Beiblatt zur Einreichung von Attesten (Supplement to the submission of medical certificates)

Studienservice der Hochschule Trier (Gebäude G, Haupteingang)
Hochschule Trier
Schneidershof
54293 Trier
FAX +49 651 / 81 03-314

Persönliche Angaben (Personal details):

Vorname (First name)

Name (Surname)

Matrikelnummer (Enrollment-number)

Straße, Hausnummer (Address details)

Studiengang (Degree-Programm)

PLZ (Postal code)

Ort (Place of residence)

E-Mail

Datum des Attests (Date of the medical certificate): _____

Zeitraum der Prüfungsunfähigkeit: vom _____ bis _____
(Period of inability to attend examinations)

Hiermit erkläre ich den Rücktritt von den nachfolgend aufgeführten Prüfungen:

(Herewith declare my withdrawal from the examinations listed below)

■ _____ am _____
Prüfungsfach (Subject) (on) Prüfungsdatum (date of the examination)

■ _____ am _____
Prüfungsfach (Subject) (on) Prüfungsdatum (date of the examination)

■ _____ am _____
Prüfungsfach (Subject) (on) Prüfungsdatum (date of the examination)

■ _____ am _____
Prüfungsfach (Subject) (on) Prüfungsdatum (date of the examination)

Mit freundlichen Grüßen
(kind regards)

Datum, Unterschrift (Date, signature)

Bearbeitungsvermerke
der Hochschule:

Zeichen

☐ Eintrag POS

Dieses Dokument beinhaltet die Übersetzung des amtlichen deutschen Textes für ausländische Studierende. (For the benefit of our international students this document includes the translation of the official German text in brackets.)