

## JUSTUS - LIEBIG - UNIVERSITÄT GIESSEN

## PRÜFUNGSAMT DER

NATURWISSENSCHAFTLICHEN FACHBEREICHE

## Antrag auf Rücktritt von einer Prüfung/Antrag auf Rücktritt von einem Modul im Studiengang M.Sc. Materialwissenschaft

| Name:                                                                                                                                        | <del></del>                                                                                                                                                                                                              | Vorname:                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |                                          |                                                                                                                                                             |                                        |                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------|
| Geb. am : Email: Studiengang:                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                          | Matrikelnummer:  Telefon:  Fachsemester:                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |                                          |                                                                                                                                                             |                                        |                               |
|                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                      | Hiermit beantra<br>notwendig, diese i    | ge ich einen <b>Rücktritt von ein</b> e<br>st beigefügt                                                                                                     | er Prüfung nach § 29 (Abs              | 2) Hierzu ist eine Begründung |
|                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                      | M.Sc. Materialw<br>(Anmeldung für den re | ge ich einen Modulrücktritt na<br>vissenschaft) für folgende Mod<br>egulären Termin des Folgejahres erfolgt au<br>ge ich eine Abmeldung von ein<br>Modulen: | dule:<br>utomatisch durch Prüfungsamt) | -                             |
| die 1. Wiederh                                                                                                                               | age ich nach §10 Abs (2) (spez.<br>olung / 2. Wiederholung folger<br>fendes bitte streichen)                                                                                                                             |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                      |                                          |                                                                                                                                                             |                                        |                               |
| Modulkennung                                                                                                                                 | Modultitel                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                 | Prüfungstermin                                                                                                                                                                                                                       |                                          |                                                                                                                                                             |                                        |                               |
|                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                      |                                          |                                                                                                                                                             |                                        |                               |
|                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                      |                                          |                                                                                                                                                             |                                        |                               |
|                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                      |                                          |                                                                                                                                                             |                                        |                               |
| nverzüglich erfolgen; Unsi<br>ttest nachzuweisen; in Zw<br>15 Abs (2) der spez. Orc<br>2) Die Abmeldung von eine<br>Präsenzstunden ohne Anga | ung ist nur aus tri <sup>f</sup> tigem Grunde möglich, de<br>icherheiten infolge Zeitablaufs gehen zu Las<br>reifelsfällen kann ein amtsärztliches Attest v<br><b>dnung</b><br>em Pflichtmodul mit modulabschließender F | sten des Prüflings. Wird der Rücktritt a<br>verlangt werden.<br>Prüfung ist bis zur Hälfte der in der Mc<br>en mit -modulbegleitenden Prüfungen | aft zu machen ist. Die Glaubhaftmachung soll<br>auf Krankheit gestützt, ist diese durch ärztliche<br>odulbeschreibung angegebenen Summe der<br>n ist eine Abmeldung nur bis 7 Tage vor der<br>n Prüfungsamt schriftlich mitzuteilen. |                                          |                                                                                                                                                             |                                        |                               |
| Bis zum dritten Tage vor e<br>Satz 4 und 5 verbindlich ist                                                                                   | nn der Prüfungsausschuss für mehrere Prüf                                                                                                                                                                                | cht nach § 19 Abs. 2 und 3 oder § 29 A<br>n Gründen abmelden. Danach komm                                                                       | Abs. 4<br>t nur noch ein Rücktrit nach § 29 in Betracht.<br>n, bis zu deren Ablauf eine Abmeldung möglicl                                                                                                                            |                                          |                                                                                                                                                             |                                        |                               |
|                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                 | ı.<br>olungsprüfung im Rahmen des gleichen Modu                                                                                                                                                                                      |                                          |                                                                                                                                                             |                                        |                               |
| = =                                                                                                                                          | lverantwortlichen, dass die Hälfte der Pr<br>und einer Krankheit beantragt werden nu                                                                                                                                     | <del>-</del>                                                                                                                                    | ist(Unterschrift PAV)                                                                                                                                                                                                                |                                          |                                                                                                                                                             |                                        |                               |
|                                                                                                                                              | e ich, dass ich die oben gen<br>(siehe § 12 und §19 der speziellen Ord                                                                                                                                                   | •                                                                                                                                               | 0 0                                                                                                                                                                                                                                  |                                          |                                                                                                                                                             |                                        |                               |
| Giessen, den                                                                                                                                 | Untersch                                                                                                                                                                                                                 | nrift Student/in                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |                                          |                                                                                                                                                             |                                        |                               |
| Bei Rücktritt nac                                                                                                                            | ch § 14 und §29:                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                      |                                          |                                                                                                                                                             |                                        |                               |
| Datum:                                                                                                                                       | Unterschrift Drüf                                                                                                                                                                                                        | fungsausschussvorsitzender:                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                      |                                          |                                                                                                                                                             |                                        |                               |