

Verzichtserklärung über die Inanspruchnahme des Mutterschutzes

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Studiengang: _____

Matrikelnummer: _____

Beginn Schutzfrist: _____

Hiermit verzichte ich freiwillig auf meinen Anspruch auf meine Mutterschutzfrist für folgende Prüfung:

Bezeichnung der Prüfung _____

Datum der Prüfung _____

Ort

Datum / Unterschrift