Prüfungsamt Universität Erlangen-Nürnberg

Halbmondstr. 6

91054 Erlangen

Antrag auf Verschiebung einer Prüfung

Name, Vorname:	Matrikelnummer, Studiengang:
Anschrift:	E-Mail-Adresse, Telefonnummer:

Welche Prüfungen finden zur gleichen Zeit statt?

Name Prüfung 1:	Name Prüfung 2:
Mein-Campus-Nummer:	Mein-Campus-Nummer:
Prüfer:	Prüfer:
Prüfungsdatum, -ort & -zeit:	Prüfungsdatum, -ort & -zeit:

Ich bestätige die zu meiner Prüfung angegebenen Angaben hinsichtlich Datum, Ort und Uhrzeit:

(Nur vom Prüfer auszufüllen!)

Prüfer Prüfung 1**:* *Datum, Unterschrift & **Stempel	***Prüfer Prüfung 2:*** *Datum, Unterschrift & **Stempel***

Ich beantrage wegen Überschneidung o.g. Prüfungen die Teilnahme von (bitte ankreuzen)

□ Prüfung 1 □ Prüfung 2

am jeweiligen Wiederholungstermin. Mir ist bekannt, dass eine erneute Teilnahme im Falle einer Erkrankung / eines Nicht-Bestehens unter Umständen erst wieder im übernächsten Semester möglich sein kann.

Außerdem ist mir bekannt, dass ich diesen Antrag **spätestens 1 Woche** vor Prüfungsdatum beim Prüfungsamt einreichen muss, damit über diesen fristgemäß entschieden werden kann.

_____

Datum, Unterschrift Antragsteller