

Application for authorisation to withdraw from examinations in one of the mathematics degree programmes

If you are prevented from taking an examination due to illness or another important reason, to take an examination on time for which you have registered and been admitted and from which you can not longer sign out or do not wish to sign out, you must use this form to apply for authorization to withdraw from the examination. Otherwise the examination will be deemed to have been failed; likewise if the application is not approved due to insufficient reasons. Please also note the Information sheet on withdrawal from examinations (German).

Suitable evidence of the reason for withdrawal must be enclosed. In the case of illness, a medical certificate containing the findings from the assessment of the incapacity to take the examination is necessary (not a certificate of incapacity for work!). The reverse side of this form can be used for this purpose.

The application must be submitted immediately to the Examinations Office of the Institute of Mathematics (Room 333, Ernst-Zermelo-Straße 1) or sent to the Examination Office by e-mail, in the case of illness, no later than the third day after the examination. However, the doctor's visit must take place on the day of the examination at the latest.

Matriculation no. First Name Last Name

Programme M.Sc. Mathematics in Data and Technology

I hereby apply for authorisation to withdraw from the examination / the examinations
 in the module _____ on the course _____ on (DD/MM/YYYY)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> . 20 <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> . 20 <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> . 20 <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> . 20 <input type="text"/>

Reason of Withdrawal (*suitable evidence has to be enclosed!*):

- illness or health impairment
- simultaneous other examination
- stay abroad
- other, please specify:

. . 20 _____
 Place Date (DD/MM/YYYY) Signature

Authorised on ____ . ____ . 20 ____ by _____
Processed on ____ . ____ . 20 ____ by _____

Instructions for the doctor (Hinweise für den Arzt/die Ärztin)

Nach der Rechtsprechung der Verwaltungsgerichte ist das Vorliegen von Prüfungsunfähigkeit eine Rechtsfrage, die vom Prüfungsausschuss anhand der von dem/der ärztlichen Sachverständigen festgestellten und zugänglich gemachten Befunde zu beantworten ist.

Ihre ärztlichen Tatsachenfeststellungen sind somit die Grundlage für die durch den Prüfungsausschuss erfolgende Beurteilung, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Beschreiben Sie deshalb bitte die Symptome der Erkrankung und die Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit so ausführlich, dass dem Prüfungsausschuss eine Beurteilung ohne Rückfragen ermöglicht wird.

Die Angabe einer Diagnose ist nicht erforderlich. Die Angabe kann in Einzelfällen zweckmäßig sein, wenn damit gleichzeitig auch die Symptome der Erkrankung beschrieben werden. Bitte geben Sie die Diagnose aber nur an, wenn Ihr Patient/Ihre Patientin damit ausdrücklich einverstanden ist.

Die Untersuchung von

am . . 20 hat aus ärztlicher Sicht Folgendes ergeben:

Krankheitssymptome / Art der Leistungsbeeinträchtigung:

Bezeichnung der Krankheit (*Angabe nicht erforderlich; bitte nur ausfüllen, wenn der Patient/die Patientin damit einverstanden ist*)

Voraussichtliche Dauer der Beeinträchtigung von . . 20 bis . . 20

Aus ärztlicher Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor:

ja nein

Die Beeinträchtigung ist vorübergehend und nicht dauerhaft:

ja nein

ggf. ergänzende Bemerkungen:

Praxisstempel:

. . 20

Datum

Unterschrift