Akademisches Prüfungsamt der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg



|  |  |
| --- | --- |
| **Name, Vorname** | **Matrikelnummer:** |
| **Straße** | **Telefon-Nr.:** |
| **PLZ Wohnort** | **E-mail:** |

Ich kann bzw. konnte an der nachstehenden Prüfung aus Krankheitsgründen nicht teilnehmen:

**Studiengang:**

**Modul/Kurzbezeichnung:**

**Termin:**

**Lehrende/r:**

Oldenburg, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Datum + Unterschrift)

Anlage: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung