

Technische Universität Darmstadt
Fachbereich Mathematik
Studienbüro (Prüfungsamt)
Schlossgartenstraße 7
64289 Darmstadt



TECHNISCHE
UNIVERSITÄT
DARMSTADT

Prüfungsrücktritt

1. Angaben zur Person

Name: _____
Vorname: _____ Matrikelnummer: _____
Studiengang (Abschluss): B.Sc. M.Sc.
 LaG M.Ed.

2. Rücktritt

Rücktritt Rücktritt mit Attest

Hiermit trete ich von der folgenden Prüfung / den folgenden Prüfungen zurück:

	Name der Prüfung	Prüfungstermin	Prüfer/in
1	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____
6	_____	_____	_____
7	_____	_____	_____
8	_____	_____	_____

Ort, Datum

Unterschrift Studierende/Studierender

3. Studienbüro Mathematik (nicht ausfüllen!)

Für System übernommen: ja nein

Bearbeitungsdatum

Sachbearbeiter/in Studienbüro