

Erklärung zum Verzicht auf Schutzfristen

gemäß § 3 Mutterschutzgesetz



Angaben zur Studentin

Name	Vorname	Geburtsdatum
Studiengang	Semester	Matrikelnummer

Angaben zur Schwangerschaft/Mutterschaft bzw. Stillzeit

Voraussichtlicher Entbindungstermin ¹	Beginn der Schutzfrist	Ende der Schutzfrist ²
--	------------------------	-----------------------------------

¹ Nachweis in Form eines ärztlichen Attests oder Kopie des Mutterpasses

² Nachweis in Form einer Kopie der Geburtsurkunde

Liegt ein ärztliches Beschäftigungsverbot vor? Nein Ja (Bitte Nachweis beifügen)

Über meine Rechte in Bezug auf Studienleistungen habe ich mich kundig gemacht. Mir ist bekannt, dass ich während der Schutzfrist an keinen Studienleistungen laut §§ 3, 4, 5 und 6 des Mutterschutzgesetzes teilnehmen muss.

Ich erkläre mich gemäß § 3 des Mutterschutzgesetzes bereit, auf meine Schutzfrist zu verzichten und Studienleistungen zu erbringen. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit in schriftlicher Form mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum	Unterschrift der Studierenden
------------	-------------------------------

Bitte reichen Sie dieses Formular bei Frau Hartung (studierendensekr.pt@kh-mz.de) ein

Weitergeleitet an das Prüfungsamt am _____ von _____