

Formular für die ärztliche Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit

Name, Vorname (der/des Studierenden)	Matr.-Nr. 90
---	--------------

(nur auszufüllen bei separatem Ausdruck der Seite 2)

Bearbeitungsvermerk des Prüfungsservice

Ärztliche Bescheinigung anerkannt ja nein

verbucht am

Notizen

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

Das Formular für die ärztliche Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit ...

- muss spätestens am Tag der Prüfung ausgestellt worden sein,
- muss spätestens am 3. Werktag nach Ausstellung in das dafür vorgesehene Postfach des Prüfungsservice eingeworfen werden. Das Postfach befindet sich in Sankt Augustin in Gebäude E zwischen den Büros E047 und E048 (grauer Schrank), und in Rheinbach in den Briefkasten vor dem Gebäude
- kann alternativ per Post an folgende Adresse geschickt werden:

Prüfungsservice Sankt Augustin, Grantham-Allee 20, 53757 Sankt Augustin
(für die Fristwahrung gilt das Datum des Poststempels)

Prüfungsservice Rheinbach, Egermannstr. 1, 53359 Rheinbach
(für die Fristwahrung gilt das Datum des Poststempels)

- kann zur Sicherheit vor der Weiterleitung eingescannt / fotografiert und per E-Mail an folgende Adressen mit dem Betreff „Prüfungsrücktritt mit Attest“ geschickt werden:

Prüfungsservice Sankt Augustin: pruefungenfb01ca@h-brs.de

Prüfungsservice Rheinbach: pruefungenfb01cr@h-brs.de, pruefungenmastercr@h-brs.de