



Verzichtserklärung über die Inanspruchnahme des Mutterschutzes

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Studiengang	
Matrikelnummer	
Beginn der Mutterschutzfrist	

Hiermit verzichte ich freiwillig auf meinen Anspruch auf Mutterschutz für folgende Prüfung:

Bezeichnung der Prüfung	
Datum der Prüfung	

Ort und Datum

Unterschrift Studentin