

Erklärung über die Teilnahme an Prüfungs- und Studienleistungen während der Schutzfristen nach dem Mutterschutzgesetz (MuSchG)

Bitte senden an:

Hochschule Düsseldorf
Familienbüro
Münsterstr. 156
40476 Düsseldorf

⇒ zur Weiterleitung an das Team 1.5 Prüfungs-Support

Persönliche Angaben

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Matrikelnummer: _____
Tel.-Nr./ Handy-Nr.: _____ E-Mail-Adresse: _____
Studiengang: _____

Voraussichtlicher Tag der Entbindung: _____

⇒ bitte Kopie des Mutterpasses oder ähnliches (z.B. ärztliches Zeugnis oder Zeugnis einer Hebamme bzw. einer Entbindungspflegerin / eines Entbindungspflegers) beifügen

Geburtsdatum des Kindes: _____

⇒ bitte Kopie der Geburtsurkunde des Kindes beifügen bzw. schnellstmöglich nach der Entbindung nachreichen

Schutzfrist **vor** der Geburt: von _____ bis _____

Schutzfrist **nach** der Geburt: von _____ bis _____

Hiermit erkläre ich ausdrücklich, dass ich an folgenden Modulprüfungen bzw. Studienleistungen trotz bestehender Schutzfristen im Rahmen des MuSchG teilnehmen möchte.

Modulprüfung/ Prüfungstermin: _____

Modulprüfung/ Prüfungstermin: _____

Modulprüfung/ Prüfungstermin: _____

Studienleistungen: _____

Studienleistungen: _____

Studienleistungen: _____

⇒ Die Nennung weiterer Modulprüfungen bzw. Studienleistungen ist möglich.

Mir ist bekannt, dass ich zur Teilnahme an Modulprüfungen oder Studienleistungen nicht verpflichtet bin, da die gesetzlichen Schutzfristen (i.d.R. sechs Wochen vor und acht Wochen nach der Entbindung) gem. § 3 MuSchG auch für mich als Studentin gelten.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass

- ich die Erklärung zur Teilnahme an den genannten Modulprüfungen bzw. Studienleistungen jederzeit (formlos/schriftlich) für die Zukunft widerrufen kann und
- der Widerruf nicht für bereits laufende Prüfungsverfahren oder nachträgliche Rücktritte gilt.
- für den Rücktritt von einer Prüfung die allgemeinen Grundsätze Anwendung finden; bei einem krankheitsbedingtem Rücktritt i.d.R. über eine ärztliche Attestierung der Prüfungsunfähigkeit bzw. eines allgemeinen Beschäftigungsverbots.

Datum, Unterschrift der Studierenden

Von der Hochschule Düsseldorf auszufüllen.

<input type="checkbox"/>	Teilnahme an Modulprüfungen erfasst.	Paraphe _____	Datum _____
<input type="checkbox"/>	Teilnahme an Studienleistungen erfasst.	Paraphe _____	Datum _____
<input type="checkbox"/>	_____	Paraphe _____	Datum _____
<input type="checkbox"/>	_____	Paraphe _____	Datum _____
<input type="checkbox"/>	_____	Paraphe _____	Datum _____
<input type="checkbox"/>	_____	Paraphe _____	Datum _____