

Universität Passau  
Prüfungssekretariat

Studiengang \_\_\_\_\_  
Innstraße 41  
94032 Passau

Name		Vorname		Matrikelnummer	
Adresse			E-Mail		
			Telefon		

Hiermit möchte ich von folgenden Prüfungen zurücktreten und bitte Sie um die verbindliche Abmeldung:

Prüfungsnummer	Fach- / Modulbezeichnung	Lehrstuhlinhaber/in / Prüfer/in

Prüfungsnummer	Fach- / Modulbezeichnung	Lehrstuhlinhaber/in / Prüfer/in

Prüfungsnummer	Fach- / Modulbezeichnung	Lehrstuhlinhaber/in / Prüfer/in

Prüfungsnummer	Fach- / Modulbezeichnung	Lehrstuhlinhaber/in / Prüfer/in

Prüfungsnummer	Fach- / Modulbezeichnung	Lehrstuhlinhaber/in / Prüfer/in

Prüfungsnummer	Fach- / Modulbezeichnung	Lehrstuhlinhaber/in / Prüfer/in

Passau, den		Unterschrift	
-------------	--	--------------	--

Interner Bearbeitungsvermerk:  
In HIS-POS eingetragen am \_\_\_\_\_ Namenszeichen \_\_\_\_\_