

Kreis Minden-Lübbecke
Gesundheitsamt
-Gesundheitsberufe-
Portastraße 13
32423 Minden

Antrag auf Prüfungsrücktritt

hiermit beantrage ich aus gesundheitlichen Gründen den Rücktritt von folgender Prüfung:

Prüfungsteil	Themenbereich / Fach / Fächergruppe	Prüfungsdatum
☐ schriftlich		
☐ praktisch		
☐ mündlich		

Die Examensprüfung im Bereich _____
Ausbildungsberuf

findet an der _____ statt.
Name der Fachschule

Angaben zur Person der Antragstellerin / des Antragstellers

Name	Vorname		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort	
Telefon	E-Mail-Adresse		

In der Anlage übersende ich Ihnen außerdem die Prüfungsunfähigkeitsbescheinigung.

Bei Rückfragen können Sie mich unter der o.g. Telefonnummer erreichen.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers