

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG (*MEDICAL CERTIFICATE*)

zur Vorlage bei der Hochschule Trier, Umwelt-Campus Birkenfeld

(only to be presented to the Trier University of Applied Sciences, Environmental Campus Birkenfeld)

Frau/Herr (Name, Vorname): _____
(Ms./ Mr. (last name, first name))

geboren am: _____
(born on)

Matrikel-Nr.: _____
(Enrollment No.)

Studiengang: _____
(Degree program)

Prüfung(en): _____
(Exam(s))

Eingangsstempel Hochschule
(Receipt stamp University of Applied Sciences)

Aus ärztlicher Sicht ist die/der oben Genannte aufgrund einer Erkrankung am _____
(From a medical point of view, the above-mentioned patient is not able to attend an examination because of illness on __)

bzw. in der Zeit vom _____ bis _____
(or in the period from __ to __.)

nicht in der Lage, an Prüfungen teilzunehmen.

Stempel der Ärztin/des Arztes
(Doctor's stamp)

Datum, Unterschrift der Ärztin/des Arztes
(Date, doctor's signature)

Wir weisen darauf hin, dass diese Bescheinigung spätestens am dritten Tag nach dem betreffenden Prüfungstag dem Prüfungsamt vorliegen muss. Empfehlung: Einreichung vorab per Mail.
(Please note that this certificate has to be submitted to the examination office at the latest by the third day after the respective examination date. Recommendation: Submission in advance by e-mail.)

Dieses Dokument beinhaltet die Übersetzung des amtlichen deutschen Textes für ausländische Studierende.
(For the benefit of our international students this document includes the translation of the official German text in brackets.)