

Beiblatt zur Einreichung von Attesten (*Supplement to the submission of medical certificates*)

Dieses Beiblatt ist **zwingend** einem Attest beizulegen, es sei denn, der Vordruck der Hochschule Trier, Umwelt-Campus Birkenfeld „Ärztliche Bescheinigung“ wurde verwendet.

*(It is **mandatory** to enclose this supplement when submitting a medical certificate, unless the respective form entitled "Medical Certificate", provided by the Trier University of Applied Sciences, Environmental Campus Birkenfeld, is used.)*

Hochschule Trier, Umwelt-Campus Birkenfeld
Prüfungsamt
Postfach 13 80

55761 Birkenfeld

FAX +49 6782/17-1870

Persönliche Angaben (*Personal details*):

Vorname (*First name*)

Name (*Last name*)

Matrikelnummer (*Enrollment number*)

Straße, Hausnummer (*Street, number*)

Studiengang (*Degree program*)

PLZ (*ZIP code*)

Ort (*City*)

E-Mail

Datum des Attests (*Date of the medical certificate*): _____

Zeitraum der Prüfungsunfähigkeit: vom _____ bis _____
(*Period of inability to attend examinations: from__to__*)

Innerhalb des oben angegebenen Zeitraums müsste ich an folgenden Prüfungen teilnehmen:
(*Within this given period of time, I was supposed to attend the following examinations:)*

■ _____ am _____
Prüfungsfach (*Subject*) (on) Prüfungsdatum (*date of the examination*)

■ _____ am _____
Prüfungsfach (*Subject*) (on) Prüfungsdatum (*date of the examination*)

■ _____ am _____
Prüfungsfach (*Subject*) (on) Prüfungsdatum (*date of the examination*)

■ _____ am _____
Prüfungsfach (*Subject*) (on) Prüfungsdatum (*date of the examination*)

Mit freundlichen Grüßen,
(*Kind regards*)

Bearbeitungsvermerke der
Hochschule:
(*Processing notes of the University*)

Zeichen (*Reference*) Eintrag POS
(*POS entry*)

Datum, Unterschrift (*Date, signature*)

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.*)