

Studiengang \_\_\_\_\_ Matr.-Nr. \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

**Erklärung zur freiwilligen Absolvierung einer Prüfungsleistung während des  
Mutterschutzes**

\_\_\_\_\_ Diese Erklärung ist **vor** der zu absolvierenden Prüfung auszufüllen, zu unterschreiben und im Prüfungsamt abzugeben.

Hiermit erkläre ich, dass ich mich zum Zeitpunkt der Prüfung im Mutterschutz befinde. Über meine Rechte in Bezug auf Prüfungen im Mutterschutz wurde ich im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung aufgeklärt (Bescheinigung des Arbeitsschutzes der Frankfurt UAS anbei).

\_\_\_\_\_ Es ist mir bekannt, dass ich keine Prüfungen oder sonstigen Studienleistungen während des Mutterschutzes ableisten oder erbringen muss, da der Mutterschutz als gesetzliche Schutzfrist gemäß §§ 3, 4, 5, 6 und 15 des MuSchG auch für mich als Studentin gilt.

Das Ablegen der nachfolgend genannten Prüfung beruht auf meiner freien Entscheidung. Ich erkläre ausdrücklich, dass ich diese Prüfung trotz des Mutterschutzes absolvieren möchte, da dies meine Verfassung zulässt und es mir entsprechend gut geht.

Sollte sich dies nach Antritt der Prüfung ändern, kann ich diese Erklärung widerrufen und innerhalb von 3 Tagen nach der Prüfung ein ärztliches Attest im Prüfungsamt einreichen.

Bezeichnung des zu prüfenden Moduls:

Prüfungsnummer:

Themensteller/in:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben plus Unterschrift