

Evangelische Hochschule Berlin
Prüfungsamt - vertraulich
Teltower Damm 118-122
14167 Berlin

Erklärung Verzicht Schutzfristen

Angaben der (werdenden) Mutter

Name, Vorname	Matrikelnummer
Studiengang	Semester (z.B. 2. Semester)

Ich erkläre mich gemäß § 3 des Mutterschutzgesetzes bereit, auf meine Schutzfrist (in der Regel 6 Wochen vor dem geplanten Entbindungstermin und 8 Wochen nach der Entbindung) zu verzichten und Studienleistungen (z.B. Teilnahme an Lehrveranstaltungen, Prüfungen und Praktikum) zu erbringen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ich erkläre außerdem, dass ich meine Schwangerschaft / Stillzeit dem Immatrikulationsbüro bereits mitgeteilt habe.

Bemerkungen: _____

Ort

Datum

Unterschrift der Studierenden