

PRÜFUNGSUNFÄHIGKEITSBESCHEINIGUNG

Name des Prüflings : _____

Geburtsdatum : _____

Adresse : _____

Ärztliche Feststellung :

Hiermit wird bescheinigt, dass der oben genannte Prüfling aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen nicht in der Lage ist, die anstehende Prüfung abzulegen. Die Prüfungsunfähigkeit ist ärztlich festgestellt und objektiv begründet.

Ausführliche Begründung :

Die Prüfungsunfähigkeit beruht auf den folgenden gesundheitlichen Gründen, die eine Teilnahme an der Prüfung unmöglich machen. Diese Bescheinigung ist ausschließlich für die genannten Prüfungen gültig und ersetzt keine weitergehenden medizinischen Atteste.

Dauer der Prüfungsunfähigkeit :

Beginn : _____ Ende : _____

Hinweise zum weiteren Vorgehen :

Der Prüfling wird gebeten, die Bescheinigung unverzüglich der zuständigen Prüfungsbehörde vorzulegen. Diese Bescheinigung berechtigt nicht automatisch zur Verschiebung oder Wiederholung der Prüfung ohne Zustimmung der Prüfungsinstitution.

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

BESTÄTIGUNG DER PRÜFUNGSBEHÖRDE

Unterschrift und Stempel : _____

Unterschrift : _____

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://musterhero.com/prufungsunfähigkeitsbescheinigung-fom/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://musterhero.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.