

# Rücktritt von Prüfung(en)



TECHNISCHE  
UNIVERSITÄT  
DARMSTADT

Studienbüro Informatik  
Hochschulstraße 10  
64289 Darmstadt

(Eingangsstempel)

**Dieses Formular ist mit Adobe Acrobat Reader auszufüllen  
und anschließend auszudrucken.**

## Studierender:

Matrikelnummer		Fachsemester	
Nach-, Vorname			
Studiengang			

Hiermit trete ich von der Prüfung / den Prüfungen


zurück.

--	--

(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_

(Unterschrift)

---

**Vom Prüfungsamt auszufüllen.**