



Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt
Prüfungsamt
Marktplatz 7
85072 Eichstätt

Widerruf des Verzichts auf die gesetzlichen Mutterschutzfristen

Name:	
Vorname:	
Anschrift:	
Telefon:	
E-Mail:	
Geburtsdatum:	
Studiengang:	
Fakultät:	
Semester:	
Voraussichtlicher Entbindungstermin/Entbindungstermin: (unzutreffendes bitte streichen)	
Schutzfrist:	
zust. Sachbearbeiter/in im Prüfungsamt:	

Hiermit widerrufe meinen Verzicht auf die gesetzlichen Mutterschutzfristen ab dem
_____ (Datum).

Mir ist bewusst, dass der Widerruf nur für die Zukunft möglich ist und er frühestens ab dem
Eingang bei der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt wirksam ist.

Ort, Datum

Unterschrift