

Studienbüro
Fakultät für Physik und Geowissenschaften
Universität Leipzig
Linnéstraße 5
04103 Leipzig

Datum:

Erläuterung zur Arbeitsunfähigkeit

Name	Vorname	
Matrikelnr.		
Studiengang		
Modulnr.	Modulname	Prüfungsdatum
Modulnr.	Modulname	Prüfungsdatum
Modulnr.	Modulname	Prüfungsdatum

Unterschrift Studierende/r