

ABMELDUNG*
VON EINER EINGESCHRÄNKT WIEDERHOLBAREN MODULABSCHLUSSPRÜFUNG

Name: Vorname: Matr.-Nr.:

Hiermit melde ich mich von einer der folgenden eingeschränkt wiederholbaren
Modulabschlussprüfung ab

Modul 1A: Krankheitslehre I: Internistische/neurologische Erkrankungen

Prüfer/in: Datum der Prüfung:

Modul 1B: Krankheitslehre II: Orthopädische Erkrankungen

Prüfer/in: Datum der Prüfung:

Wuppertal, _____
(Datum)

(Unterschrift Antragsteller/in)