

**Mitteilung über den Verzicht auf die Schutzfrist (6 Wochen) vor oder  
(8 Wochen) nach der Entbindung**

(Abzugeben im oder zu senden an das zuständige Fakultätsservicebüro)

Name : \_\_\_\_\_

Vorname : \_\_\_\_\_

Matrikelnummer : \_\_\_\_\_

**Verzicht** auf die Schutzfrist  
(bitte Zutreffendes ankreuzen)

vor der  
Entbindung  
nach §3 (1)  
MuSchG

nach der  
Entbindung  
nach §3 (3)  
MuSchG

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich dazu bereit, während der gesetzlichen  
Mutterschutzfrist weiterhin meinem ordentlichen Studium nachkommen zu wollen.

---

Datum und Unterschrift der Studentin

Der Widerruf dieser Erklärung mit Wirkung für die Zukunft ist jederzeit  
möglich. Er wird frühestens ab dem Eingang bei der HAW Hamburg wirksam.

**Widerruf** der Erklärung vom: \_\_\_\_\_

Hiermit widerrufe ich meine bereits abgegebene Erklärung während der gesetzlichen  
Mutterschutzfrist weiter studieren zu wollen.

---

Datum und Unterschrift der Studentin