

Mitteilung einer Schwangerschaft oder Stillzeit von Studierenden (Abzugeben im oder zu senden an das zuständige Fakultätsservicebüro)		
Name	:	_____
Vorname	:	_____
Geburtsdatum	:	_____
Matrikelnummer	:	_____
Fakultät	:	_____
Studiengang	:	_____
Anzeige <i>(bitte Zutreffendes ankreuzen)</i>		<input type="checkbox"/> Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Stillzeit
Nachweis der Schwangerschaft/der Stillzeit <i>(bitte Zutreffendes ankreuzen und beifügen)</i>		<input type="checkbox"/> Ärztliche Bescheinigung <input type="checkbox"/> Bescheinigung Hebamme
Voraussichtlicher Entbindungstermin:		
Ich werde voraussichtlich an verpflichtenden Veranstaltungen teilnehmen, die in der Zeit zwischen 20.00 Uhr und 22.00 Uhr stattfinden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich werde voraussichtlich an verpflichtenden Veranstaltungen teilnehmen, die an Sonn- und Feiertagen stattfinden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Datum und Unterschrift der schwangeren/stillenden Studentin

Gefährdungsbeurteilung wurde erstellt am: _____
(Wird vom Fakultätsservicebüro ausgefüllt)