

Erklärung für die Zeit der gesetzlichen Schutzfristen nach dem Mutterschutzgesetz (MuschG)

Eingangsstempel:

Duale Hochschule Baden-Württemberg Karlsruhe
Prüfungsamt
Erzbergerstr. 121
76133 Karlsruhe

Name, Vorname:	
Matrikelnummer, Kurs:	
Studiengang/-richtung:	
E-Mail (freiwillig):	
Telefonnummer (freiwillig):	
Erklärung nach §§ 3, 15 Mutterschutzgesetz (MuSchG):	<p>Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich dazu bereit, während der gesetzlichen Mutterschutzfrist</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> sechs Wochen vor der Entbindung oder<input type="checkbox"/> acht Wochen nach der Entbindung oder<input type="checkbox"/> sechs Wochen davor und acht Wochen nach der Entbindung <p>weiterhin meinem ordentlichen Studium an der DHBW Karlsruhe nachkommen zu wollen und somit auch an Prüfungsleistungen teilnehmen zu wollen.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich nehme diese Schutzfrist teilweise in Anspruch und werde vom _____ (Datum) bis _____ (Datum) nicht am Studium teilnehmen.</p> <p>Hinweis:</p> <ul style="list-style-type: none">• Diese Erklärung schließt die Möglichkeit nicht aus von einzelnen Prüfungen aus wichtigen Grund gemäß § 11 der Studien- und Prüfungsordnung des jeweiligen Studienbereichs der DHBW zurückzutreten.• Bei Früh- und Mehrlingsgeburten beträgt die Frist nach der Entbindung zwölf Wochen. Falls entweder im Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung nach § 10 MuSchG oder in einem ärztlichen Zeugnis nach § 16 MuSchG ein ganz oder teilweises Studienverbot bestehen sollte, welches dieser Erklärung wiederum entgegenstehen würde, so wäre Ihre Erklärung für den Geltungsbereich des Studienverbots im Sinne des gesetzlichen Schutzvorranges für Sie und / oder Ihr Kind unwirksam.

Widerruf:	Hiermit widerrufe ich ab dem _____ (Datum) meine bereits abgegebene Erklärung während der gesetzlichen Mutterschutzfrist weiter studieren zu wollen. Hinweis: Ihr Widerruf ist nur für die Zukunft möglich. Der Widerruf wird frühestens ab Eingang des Formulars bei der DHBW Karlsruhe wirksam.
Stillzeit:	Hiermit teile ich der DHBW Karlsruhe mit, dass ich mein/e Kind/er <input type="checkbox"/> Voraussichtlich bis zum _____ (Datum) stillen werde oder <input type="checkbox"/> ab/ seit dem _____ (Datum) nicht mehr stille .

Ort, Datum

Unterschrift der Studierenden

Wird vom Prüfungsamt ausgefüllt:

- Abgleich mit Gefährdungsbeurteilung erfolgt
- Information an Studiengang erfolgt
- Vorgang zur Studierendenakte gegeben