Schwangerschaftsanzeige nach dem Mutterschutzgesetz

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____ Matrikel-Nummer _____

Abschluss	Studienfach/-fächer	Fachsemester

Kontaktdaten
E-Mail oder Telefon _____

voraussichtlicher Entbindungstermin _____

Ich wurde darüber informiert, dass meine Daten an das Zentrale Prüfungsamt, dem / den Fachverantwortlichen, dem Landesamt für Gesundheit und Soziales, der Fachkraft für Arbeitssicherheit der Universität und bei Studierenden der Medizin/Zahnmedizin dem Studierendensekretariat der Universität Greifswald, weitergeleitet werden.

Als Nachweis lege ich eine Bescheinigung vor, aus der der voraussichtliche Entbindungstermin hervorgeht (§15 MuSchG) z.B. ärztliches Zeugnis, Mutterpass, Zeugnis einer Hebamme.

Nur für Studierende mit Staatsexamensabschluss

☐ Ich ermächtige die Universität Greifswald, den Inhalt der Schwangerschaftsanzeige an das für mich zuständige Landesprüfungsamt zu übermitteln.

☐ Ich informiere das zuständige Landesprüfungsamt selbst.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift