AN

Name, Vorname:

Hochschule Stralsund Dezernat Studien- und Prüfungsangelegenheiten Zur Schwedenschanze 15 18435 Stralsund



Erklärungen nach dem Mutterschutzgesetz (MuSchG) zur Studientätigkeit von schwangeren oder stillenden Studentinnen bis 22 Uhr, an Sonn- und Feiertagen und/ oder innerhalb der gesetzlichen Mutterschutzfristen

Matrikel-Nr.:

Studiengang/ Semester:		
Telefon/ E-Mail:		
Erklärung Wichtig: Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an. R	echtsgrundlagen:§3,§5 Mı	uSchG.
Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich dazu b maximal bis 22 Uhr, teilzunehmen.	pereit, an Studienveranstaltı JA	ungen nach 20 Uhr, aber NEIN
 Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich dazu b Feiertagen teilzunehmen. 	pereit, an Studienveranstaltı JA	ungen an Sonn- und NEIN
3. Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich dazu b <u>sechs Wochen vor der Entbindung</u> <u>acht Wochen nach der Entbindung</u> im Rahmen meines regulären Studienverlauf	JA JA	NEIN NEIN
Hinweise: Sie können Ihre Erklärungen jederzeit mit Wirkung für die Z Sollte ein ärztliches Attest (§ 16 MuSchG) vorliegen oder Er, Studientätigkeit nach 20 Uhr bzw. an Sonn- und Feiertager Einwilligungserklärung unwirksam. Die Schutzfrist nach der Geburt beträgt zwölf Wochen bei F nach der Entbindung bei dem Kind eine Behinderung im S	gebnisse der Gefährdungsbeurteil n und/ oder innerhalb der Schutzfi Früh- und Mehrlingsgeburten oder	risten entgegenstehen, ist Ihre wenn vor Ablauf von acht Wochen
Widerruf Hiermit widerrufe ich ab demAusübung meiner Studientätigkeit nach 20 Uhr l Schutzfristen. Der Widerruf ist für die Zukunft un wirksam.	bzw. an Sonn- und Feiertage	en und/ oder innerhalb der
Ort, Datum und Unterschrift der Antragstellerin		
Vermerk vom Dezernat Studien- und Prüfungsangele	genheiten. Eingegangen am:	