



Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt  
Studierendenbüro  
Marktplatz 7  
85072 Eichstätt

Mitteilung über die Stillzeit gem. § 15 Abs. 1 S. 2 MuSchG

Name:	
Vorname:	
Anschrift:	
Telefon:	
E-Mail:	
Geburtsdatum:	
Studiengang:	
Fakultät:	
Semester:	

Hiermit teile ich der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt mit, dass ich mein/e Kind/er

voraussichtlich bis zum \_\_\_\_\_ (Datum) stillen werde  
oder

ab/seit dem \_\_\_\_\_ (Datum) nicht mehr stille.

Eine Gefährdungsbeurteilung an der KU hat bereits stattgefunden

ja, am \_\_\_\_\_ (Datum)

nein, aber ich wende mich an den Sicherheitsbeauftragten der KU, damit eine Gefährdungsbeurteilung durchgeführt werden kann.

---

Ort, Datum

Unterschrift