****

**In te vullen door de kandidaat**

Naam kandidaat:

Geboortedatum:

Adres:

Postcode en plaats:

Examendatum:

Examen:

**Verklaring**

Hierbij verklaar ik, behandelend arts van bovengenoemde kandidaat, dat hij/zij door medische klachten niet in staat is (geweest) op de genoemde datum deel te nemen aan bovengenoemd examen.

Handtekening

behandelend arts: ……………………………………

Stempel praktijk:

*Deze verklaring toezenden aan examenbureau Exapol:   
per mail (*[*info@exapol.nl*](mailto:info@exapol.nl)*) of per post (postbus 203, 8171 AC Vaassen).  
Bij ontvangst binnen 10 werkdagen na de dag van het betreffende examen wordt het examengeld gerestitueerd.*