

## Bestätigung der Fachärztin/des Facharztes

Beilage zum Antrag auf Erlass/Rückerstattung des Studienbeitrages bzw. Antrag um Beurlaubung

Ich bestätige, dass mein\*e Patient\*in

Sozialversicherungsnummer	Matrikelnummer
Vor- und Familienname	
Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Land)	
Telefonnummer	Universitäre E-Mail  @stud.plus.ac.at

### Zutreffendes bitte ankreuzen

- durch die eingetretene Schwangerschaft  
 durch die von mir diagnostizierte Erkrankung

in der Zeit vom ..... bis zum .....  
so sehr beeinträchtigt ist, dass sie/er am Studium gehindert ist.

Stempel  
Fachärztin/Facharzt

Datum	Unterschrift der Fachärztin/des Facharztes
-------	--