

# Beilage zum Antrag auf Erlass des Studienbeitrags (SL/S1-A)

aus Krankheitsgründen       aufgrund einer Schwangerschaft      (zutreffendes bitte ankreuzen)

## Bestätigung der Fachärztin/des Facharztes

Ich bestätige hiermit, dass meine Patientin/mein Patient (Angaben siehe unten) in ihrer/seiner Ausübung des Studiums für mindestens zwei Monate im unten angeführten Zeitraum erheblich beeinträchtigt ist bzw. sein wird.

### Angaben zur Patientin/zum Patienten

Matrikelnummer:

Zuname:

Vorname:

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ):

Sozialversicherungsnummer:

E-Mail: **Sie werden ausschließlich über Ihre u:account E-Mail-Adresse informiert: [webmail.univie.ac.at](mailto:webmail.univie.ac.at)**

### Zeitraum der Beeinträchtigung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Sommersemester 20

von (TT.MM.JJJJ):

bis:

Wintersemester 20

von (TT.MM.JJJJ):

bis:

### Unterschrift der Fachärztin/des Facharztes

Datum

Stempel

Zuname, Vorname und Unterschrift