



An die
Abteilung Studien und Lehrgänge

Franz Josef-Strasse 18
A – 8700 Leoben

Beilage zum Antrag auf Erlass des Studienbeitrages

Erlasstatbestand: Schwangerschaft Krankheit

BESTÄTIGUNG DER FACHÄRZTIN/DES FACHARZTES

Ich bestätige, dass meine Patientin/mein Patient

		Sozialversicherungsnummer
Familien- und Vorname(n)		
Straße, Hausnummer, Stiege, Stock, Tür		
Postleitzahl, Ort		
Telefonnummer	E-mail	

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.

Ort, Datum

Unterschrift
des Facharztes/der Fachärztin

Stempel