



Universität Wien
Studienservice und Lehrwesen
Referat Studienzulassung

Universitätsring 1
1010 Wien

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

aus Krankheitsgründen aufgrund einer Schwangerschaft (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Bestätigung der Fachärztin/des Facharztes

Ich bestätigte 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: _____ Akademische(r) Grad(e): _____
Zuname: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ): _____ Sozialversicherungsnummer: _____

Zeitraum der Beeinträchtigung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Sommersemester 20 von (Format: TT.MM.JJJJ): _____ bis: _____
 Wintersemester 20 von (Format: TT.MM.JJJJ): _____ bis: _____

Unterschrift der Fachärztin/des Facharztes

Datum _____ Stempel _____ Zuname, Vorname und Unterschrift _____