



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