

Matrikelnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bestätigung der Fachärztin / des Facharztes

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

An die
Studienabteilung
Kapitelgasse 4, 5010 Salzburg
E-Mail: studium@sbg.ac.at

Ich bestätige, dass meine Patientin / mein Patient

Sozialversicherungsnummer

Vor- und Familienname	
Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Land)	
Telefonnummer	Universitäre E-Mail <div style="text-align: right;">@stud.sbg.ac.at</div>

Zutreffendes bitte ankreuzen

- durch die eingetretene Schwangerschaft
- durch die von mir diagnostizierte Erkrankung

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

Stempel
Fachärztin/Facharzt

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