

An das
Rektorat der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt
im Wege der Studien- und Prüfungsabteilung
Universitätsstraße 65-67, 9020 Klagenfurt

Beilage zum Antrag auf Erlass des Studienbeitrages

Erlasstatbestand: Schwangerschaft Krankheit

BESTÄTIGUNG DER FACHÄRZTIN / DES FACHARZTES

Ich bestätige, dass meine Patientin / mein Patient

Sozialversicherungsnummer	
Familienname	Vorname
Straße, Hausnummer	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 der Fachärztin/des Facharztes

Stempel