



Montanuniversität Leoben  
Study Support Center  
Franz-Josef-Straße 18  
8700 Leoben, Austria

## 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



Montanuniversität Leoben  
Study Support Center  
Franz-Josef-Straße 18  
8700 Leoben, Austria

## Enclosure for Application for Waiver of Tuition Fee

Reason for waiver:       Pregnancy                       Illness

### CONFIRMATION OF MEDICAL SPECIALIST

I confirm that my patient

		Social Security Number
Last name and First name(s)		
Street, house number, staircase, floor, door		
Postcode, City		
Phone number	Email address	

is affected in such a way that he/she is inhibited from studying.

- because of the pregnancy
- because of the illness that I have diagnosed

in the period from ..... until.....

\_\_\_\_\_  
Place, Date

\_\_\_\_\_  
Signature  
of the medical specialist

Stamp