



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

## Beilage zum Antrag auf Beurlaubung wegen:

- 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