



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