

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