



Fachärztliche Bestätigung zum Antrag auf Erlass des Studienbeitrags

Angaben zu der von mir behandelten Person

Nachname:	Matrikelnummer:
Vorname:	Geburtsdatum:

Grund für die Beeinträchtigung (Diagnose nicht erforderlich)

Die von mir behandelte Person ist aus folgendem Grund von der Ausübung des Studiums beeinträchtigt:	Krankheit	Schwangerschaft
---	-----------	-----------------

Zeitraum der Beeinträchtigung

Wintersemester 20	von (TT.MM.JJJJ)	bis (TT.MM.JJJJ)
Sommersemester 20	von (TT.MM.JJJJ)	bis (TT.MM.JJJJ)

Fachärztliche Unterschrift

Hiermit bestätige ich, dass die oben genannte, von mir behandelte Person in der Ausübung des Studiums im angeführten Zeitraum erheblich beeinträchtigt ist bzw. sein wird.

Stempel:	Unterschrift:
Datum:	Nachname, Vorname:



Hinweis für Studierende: Stellen Sie den Antrag auf Erlass des Studienbeitrags über das Online-Formular im [Servicedesk der Universität Wien](#). Fügen Sie dieses ausgefüllte und fachärztlich bestätigte Formular als Nachweis für die Erfüllung des Erlassgrunds als Anhang im Antrag hinzu.