

Matrikelnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## Bestätigung der Fachärztin / des Facharztes

Beilage zum Antrag auf Erlass/Rückerstattung des Studienbeitrages bzw. Antrag um Beurlaubung

An die  
Studienabteilung  
Kapitelgasse 4, 5010 Salzburg  
E-Mail: [studium@sbg.ac.at](mailto:studium@sbg.ac.at)

Ich bestätige, dass meine Patientin / mein Patient

Sozialversicherungsnummer

Vor- und Familienname

Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Land)

Telefonnummer

Universitäre E-Mail

@stud.sbg.ac.at

Zutreffendes bitte ankreuzen

- 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.

Stempel  
Fachärztin/Facharzt

Datum

Unterschrift der Fachärztin/des Facharztes