



# 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 den\*die Studierende\*n:** 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.