

Beilage zum Antrag auf Beurlaubung (SL/B1-A)

aus Krankheitsgründen aufgrund einer Schwangerschaft (zutreffendes bitte ankreuzen)

Bestätigung der Fachärztin/des Facharztes

Ich bestätige hiermit, dass meine Patientin/mein Patient (Angaben siehe unten) in ihrer/seiner Ausübung des Studiums für **mindestens einen Monat** im unten angeführten Zeitraum (während des zu beurlaubenden Semesters) erheblich beeinträchtigt ist bzw. sein wird.

Angaben zur Patientin/zum Patienten

Matrikelnummer:

Zuname:

Vorname:

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ):

Sozialversicherungsnummer:

E-Mail: **Sie werden ausschließlich über Ihre u:account E-Mail-Adresse informiert: webmail.univie.ac.at**

Zeitraum der Beeinträchtigung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Sommersemester 20

von (TT.MM.JJJJ):

bis:

Wintersemester 20

von (TT.MM.JJJJ):

bis:

Unterschrift der Fachärztin/des Facharztes

Datum

Stempel

Zuname, Vorname und Unterschrift