An das Rektorat der Universität Innsbruck

im Wege der Studienabteilung

Innrain 52d

6020 Innsbruck

**Bestätigung der Ärztin/des Arztes**

Erlasstatbestand: Schwangerschaft  Krankheit Pflege Angehöriger

Ich bestätige, dass

|  |  |
| --- | --- |
| Sozialversicherungsnummer: | |
| Familien- und Vorname: | |
| Straße, Hausnummer: | |
| Postleitzahl, Ort | |
| Telefonnummer: | E-Mail: |

durch die bestehende Schwangerschaft

durch die von mir diagnostizierte Erkrankung

durch die Pflege/hauptamtliche Betreuung von Frau/Herrn \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in der Zeit vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ so sehr beeinträchtigt war/ist, dass sie/er dadurch am Studium gehindert war/ist/wird.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes