

Johannes Kepler Universität Linz
Zulassungsservice
Altenberger Straße 69
4040 LINZ
AUSTRIA

Matrikelnummer

**Beilage zum Antrag auf Erlass und/oder nachträglichen Erlass
(Rückzahlung) des Studienbeitrags wegen Krankheit
Wintersemester 2024/25**

Facharzt*ärztin:

Familienname	
Vorname(n)	
Ordination (Adresse)	

Ich bestätige, dass mein*e Patient*in

Familienname	
Vorname(n)	
Geburtsdatum	

durch die von mir diagnostizierte Krankheit

Art der Erkrankung	
--------------------	--

im Wintersemester 2024/25 (dh im Zeitraum von 01.10.2024 bis 28.02.2025) für mehr als zwei Monate am Studium gehindert war / gehindert sein wird.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel
des*der Facharztes*ärztin