Studienabteilung
Admission Office

Technische Universität Wien
Karlsplatz 13
1040 Vienna, Austria

Phone: +43/1/58801-41188
Email: studienabteilung@tuwien.ac.at
Web: www.tuwien.at/studium/zulassung

Fachärztliche Bestätigung
Confirmation by medical specialist

Beilage zum Antrag auf Erlass des Studienbeitrages gemäß § 92 Abs. 1 Z 4 UG
Attachment for the application for waiver of tuition fee pursuant to section 92 para 1 UG

Ich bestätige hiermit, dass die unten genannte Person bei mir in Behandlung steht und infolge einer
I hereby confirm that the undermentioned person is under my medical care and is due to

☐ Krankheit / *illness* ☐ Schwangerschaft / *pregnancy*

nachweislich mehr als zwei Monate an der Fortsetzung des Studiums gehindert war.
verifiably unable to continue their studies for more than two months.

BITTE HIER ONLINE ODER IN BLOCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN! / *PLEASE FILL IN ONLINE OR IN CAPITAL LETTERS!*

Angaben zur Person
Personal Data

Familienname: *Surname (Last name):*	Vorname: *First Name:*	Matrikelnummer: *Student-ID:*
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ): *Date of birth (DD/MM/YYYY):*	Staatsbürgerschaft: *Nationality:*	
Zustelladresse: *Postal address:*	Straße, Hausnummer: *Street, Streetnumber:*	PLZ: *ZIP, Postcode:*
	Ort: *City:*	Land: *Country:*
E-Mail:		

Zeitraum der Hinderung
Period of hindrance

☐ **SOMMERSEMESTER 20__**

von (TT.MM.JJ) *from (DD.MM.YY)* bis (TT.MM.JJ) *to (DD.MM.YY)*

☐ **WINTERSEMESTER 20____**

von (TT.MM.JJ) *from (DD.MM.YY)* bis (TT.MM.JJ) *to (DD.MM.YY)*

ACHTUNG / *ATTENTION*

Dokumente: sämtliche Dokumente sind im Original **einzuscannen und per Kontaktformular** an die **Studienabteilung zu übermitteln**. Ordentliche ausländische Studierende haben als Nachweis ihrer Rechtstellung (bspw. als langfristig Aufenthaltsberechtigte) ihren Aufenthaltstitel vorzulegen.
***Documents**: all original documents are to be **scanned and submitted** to the **admission office via the contact form**. Foreign degree students have to provide their residence permit as confirmation of legal status.*

Datum (TT.MM.JJJJ)
Date (DD.MM.YYYY)

_____
Unterschrift und Stempel der Fachärztin/des Facharztes
signature and seal of medical specialist