Ärztliche Bescheinigung

Ich bestätige, dass

Frau / Herr .....

geboren in ……..... am .....

wohnhaft in .....

in den folgenden Zeiträumen:

von ..... bis .....,

von ..... bis .....,

von ..... bis .....,

aus gesundheitlichen Gründen weder studieren noch Prüfungen bei der Universität ablegen konnte.

Ort .....

Datum .....

Der bestätigende Arzt:

Dr. .....

Eingetragen im Berufsverzeichnis der Ärzte von ….....

Reg.Nr. .....

Stempel und Unterschrift:

.....