



Angaben zur Person

Matrikelnummer: _____ Familienname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ): _____

Telefonnummer: _____ E-Mail-Adresse (MUI-Mail-Adresse): _____

Studium: _____

Beurlaubung ab dem:

Wintersemester 20__ / __ Sommersemester 20__

Dauer der Beurlaubung:

1 Semester 2 Semester

Begründung

- Schwangerschaft: Verhinderung im Studium von mehr als zwei Monaten im Antragssemester.
Nachweis: Bestätigung eines Facharztes
- Krankheit: Verhinderung im Studium von mehr als zwei Monaten im Antragssemester.
Nachweis: Bestätigung eines Facharztes
- Betreuung von Kindern (bis zum 7. Geburtstag)
Nachweis: Geburtsurkunde des Kindes, Meldezettel der/des Studierenden und des Kindes
 - Ich erkläre eidesstattlich, dass das Kind, dessen Meldezettel und Geburtsurkunde ich mit diesem Antrag vorlege, überwiegend von mir betreut wird.
- Präsenz-/Zivildienst: Verhinderung im Studium von mehr als zwei Monaten im Antragssemester.
Nachweis: Bestätigung des Militärkommandos bzw. der Zivildienstserviceagentur
- Freiwilliges soziales Jahr: Verhinderung im Studium von mehr als zwei Monaten im Antragssemester.
Nachweis: unterfertigter Ausbildungsvertrag
- Pflege naher Angehöriger: Verhinderung im Studium von mehr als zwei Monaten im Antragssemester.
Nachweis: Bestätigung des Arztes/der Ärztin der zu pflegenden Person oder Nachweis Pflegestufe, Meldezettel der/des Studierenden und der zu pflegenden Person

..... Datum Unterschrift

Bearbeitungsfeld Der Antrag wird genehmigt nicht genehmigt
 Studienbeitrag wird erlassen

..... Datum Unterschrift Sachbearbeitung Unterschrift Leitung

Application: Leave of absence



MEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT
INNSBRUCK

Personal data

Matriculation number: _____

Family name: _____

First name: _____

Date of birth (dd.mm.yyyy): _____

Telephone number: _____

E-mail (MUI-mail): _____

Study program: _____

Leave of absence from:

winter semester 20__ / __

summer semester 20__

Duration of the leave of absence:

1 semester

2 semesters

Justification

Pregnancy: prevention of study for more than two months in the semester of application.

Proof: confirmation of a medical specialist

Illness: prevention of study for more than two months in the semester of application.

Proof: confirmation of a medical specialist

Care for children (up to their 7th birthday)

Proof: birth certificate of the child, residential registration of the student and the child

I declare on oath that the child whose residential registration form and birth certificate I am submitting with this application is mainly looked after by me.

Military service/alternative service: prevention of study for more than two months in the semester of application.

Proof: confirmation of the military command or the civilian service agency

Voluntary social year: prevention of study for more than two months in the semester of application.

Proof: signed training contract

Care for close relatives: prevention of study for more than two months in the semester of application.

Proof: confirmation of the doctor of the cared for person or proof of the nursing level, residential registration form of the student and the person to be cared for.

.....
Date

.....
Signature

Processing field

The application is

approved

not approved

Tuition fee is waived

.....
Date

.....
Signature administration

.....
Signature management