UNIKASSEL
VERSITÄT

Attest für die Beantragung einer bevorzugten Einwahl in Lehrveranstaltungen

Name, Vorname	Geburtsdatum

Hiermit wird bestätigt, dass die oben genannte Person aufgrund einer chronischen Erkrankung oder Behinderung **im Sinne von § 2 Abs. 1 SGB IX** eine zeitlich eingeschränkte Flexibilität aufweist. Es wird empfohlen, der Person eine bevorzugte Einwahl in Lehrveranstaltungen zu ermöglichen.

O Das Attest gilt bis: ____

O Das Attest gilt unbefristet.

_____

Datum / Unterschrift des behandelnden Arztes

< Vertragsarztstempel >