



**Bestätigung/Bescheinigung des Arztes des öffentlichen Gesundheitsdienstes (SSN) zum Nachweis der Verhinderung des/r Betroffenen, sich in eine NISF-Amtsstelle zu begeben**

Das Formblatt kann ausgefüllt und ausgedruckt  
oder ausgedruckt und in leserlichen Großbuchstaben ausgefüllt werden

● **Ich Unterfertigte/r**

NACHNAME  NAME   
STEUERNUMMER  GEB. AM TT/MM/JJJJ   
IN  PROV.   
STAAT

in der **Eigenschaft als** Arzt des öffentlichen Gesundheitsdienstes (SSN), eingetragen bei der Ärztekammer der Provinz  
----- mit der Nummer -----

● **BESTÄTIGE, dass Frau/Herr**

NACHNAME  NAME   
STEUERNUMMER  GEB. AM TT/MM/JJJJ   
IN  PROV.   
STAAT

**daran verhindert ist, sich in eine NISF-Amtsstelle zu begeben.**

-----  
Ort und Datum

-----  
Stempel und leserliche Unterschrift  
des ausstellenden Arztes