

Ärztliches Attest zur Vorlage beim TÜV SÜD

Hiermit wird bestätigt, dass

Herr/Frau _____

Adresse _____

geb. am _____

krankheitsbedingt nicht in der Lage sein wird / war
(Nichtzutreffendes streichen)

am _____

im Zeitraum von _____ bis _____

an der theoretischen / praktischen Fahrerlaubnisprüfung teilzunehmen.
(Nichtzutreffendes streichen)

Ort, Datum _____

Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes:

Hinweis:

Diese Bescheinigung muss spätestens innerhalb von 7 Tagen nach dem Prüfungstag abfotografiert oder eingescannt (PDF-, JPG- oder PNG-Datei, Größe max. 5 MB) an folgende E-Mail-Adresse geschickt werden:

ksc-fe@tuvsud.com