

# Antrag auf Studienplatztausch WiSe/SoSe

Ende der Tauschfrist jeweils bis zum Vorlesungsbeginn für das entsprechende Semester

	Tauschpartner von Ruhr-Universität Bochum			Tauschpartner nach Ruhr-Universität Bochum			3. Tauschpartner			4. Tauschpartner		
Name, Vorname												
abgebende Uni	Ruhr-Universität Bochum – Medizin (St.-Ex.)											
Vorseмester WiSe/Sose, FS und Kliniksemester (KS)	WiSe/SoSe	FS	KS	WiSe/SoSe	FS	KS	WiSe/SoSe	FS	KS	WiSe/SoSe	FS	KS
wird im WiSe/SoSe ins FS und Kliniksemester (KS) immatrikuliert	WiSe/SoSe	FS	KS	WiSe/SoSe	FS	KS						
aufnehmende Uni												
Datum Physikum (bei Einschreibung in die Klinik)												

Mit diesem Antrag sind folgende Unterlagen aller Tauschpartner in der Zulassungsstelle vorzulegen:

- **Zulassungsbescheid**
- **Studienbescheinigung**, aus der sich der **Studiengang**, die entsprechende Anzahl der **Fachsemester**, der **Hochschulsemester** und die **endgültige Einschreibung** ergibt
- **Hochschulzugangsberechtigung** (Abiturzeugnis) im **Original**
- **Zeugnis** über den **Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung** (bei Tausch in den klinischen Abschnitt) im **Original**
- Erklärung darüber, dass keinerlei finanzielle Absprachen mit dem Studienplatztausch verbunden sind
- Gültigen Personalausweis

Die Zuweisung Ihres Studienplatzes an der Universität Bochum ist auf den vorklinischen Studienabschnitt beschränkt. Die Zuweisung des Studienplatzes für den klinischen Studienabschnitt an einer anderen Hochschule bleibt vorbehalten; die Fortsetzung des Studiums ohne Unterbrechung wird gewährleistet. Die klinische Ausbildung an der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum findet an den Standorten des Universitätsklinikums im Raum Bochum und in Ostwestfalen-Lippe (Schwerpunkt Minden) statt.

Hiermit bestätige ich, dass die von mir gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass fahrlässig oder vorsätzlich falsche Angaben zur Rücknahme der Tauschgenehmigung und bei Feststellung nach der Einschreibung zum Widerruf der Einschreibung führen.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich ebenfalls, dass ich über die Möglichkeit der Fortsetzung des Studiums ab dem 2. Studienjahr im Klinischen Abschnitt an einem anderen Studienort aufgeklärt wurde und damit einverstanden bin.**

Datum und Unterschrift der Antragsteller:				
Einwilligung der beteiligten Hochschulen	Ruhr-Universität Bochum	2. Hochschule	3. Hochschule	4. Hochschule
	_____	_____	_____	_____
	Ort, Datum	Ort, Datum	Ort, Datum	Ort, Datum
	_____	_____	_____	_____
	Unterschrift                      Siegel	Unterschrift                      Siegel	Unterschrift                      Siegel	Unterschrift                      Siegel