

Antrag auf Studienplatztausch Humanmedizin (Staatsexamen) zum WiSe/SoSe _____

Ende der Tauschfrist jeweils
bis zum **Vorlesungsbeginn** des
entsprechenden Semesters

**RUHR
UNIVERSITÄT
BOCHUM**

RUB

	Tauschpartner*in von Ruhr-Universität Bochum			Tauschpartner*in nach Ruhr-Universität Bochum			3. Tauschpartner*in			4. Tauschpartner*in		
Name, Vorname												
Anschrift												
E-Mail												
abgebende Uni	Ruhr-Universität Bochum											
aufnehmende Uni				Ruhr-Universität Bochum								
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						

Diesem Antrag sind folgende Unterlagen aller Tauschpartner*innen beigelegt:

- **Zulassungsbescheide** (ggf. gerichtliche Anordnung)
- **Zeugnis** über den **Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung** (bei Tausch in den klinischen Abschnitt) – Scan des Originals
- **Jeweils eine Studienbescheinigung**, aus der sich der Studiengang, die entsprechende Anzahl der Fachsemester, der Hochschulsemester und die endgültige Einschreibung ergibt
- **Erklärung** darüber, dass **keinerlei finanzielle Absprachen** mit dem Studienplatztausch verbunden sind
- **Hochschulzugangsberechtigung** (Abiturzeugnis) – Scan des Originals

Die Zuweisung Ihres Studienplatzes am Standort Bochum ist auf den vorklinischen Studienabschnitt beschränkt. **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.

Die Ortszuteilung erfolgt ggf. per Auslosung.

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*innen:				
	Ruhr-Universität Bochum	2. Hochschule	3. Hochschule	4. Hochschule
Zustimmung der beteiligten Hochschulen	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Ort, Datum <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-top: 5px;"/> Unterschrift Siegel	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Ort, Datum <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-top: 5px;"/> Unterschrift Siegel	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Ort, Datum <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-top: 5px;"/> Unterschrift Siegel	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Ort, Datum <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-top: 5px;"/> Unterschrift Siegel