

Antrag auf Studienplatztausch

Humanmedizin (Staatsexamen) zum SoSe/WiSe _____

Ende der Tauschfrist jeweils bis zum Vorlesungsbeginn des entsprechenden Semesters

Angaben der antragstellenden Person			Angaben des*der Tauschpartner*in		
Name, Vorname			Name, Vorname		
Anschrift			Anschrift		
E-Mail			E-Mail		
Immatrikuliert an der Ruhr-Universität Bochum			Immatrikuliert an der		
Vorsemester WiSe/SoSe, FS und Kliniksemester (KS)					
WiSe/SoSe	FS	KS	WiSe/SoSe	FS	KS
Wird im WiSe/SoSe ins FS und KS immatrikuliert					
WiSe/SoSe	FS	KS	WiSe/SoSe	FS	KS
Diesem Antrag sind folgende Unterlagen beider Tauschpartner*innen beigelegt:					
<ul style="list-style-type: none"> • Zulassungsbescheide (ggf. gerichtliche Anordnung) • Jeweils eine Studienbescheinigung, aus der sich der Studiengang, die entsprechende Anzahl der Fachsemester, der Hochschulsemester und die endgültige Einschreibung ergibt • Hochschulzugangsberechtigung (Abiturzeugnis) – Scan des Originals • Zeugnis über den Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (bei Tausch in den klinischen Abschnitt) – Scan des Originals • Erklärung darüber, dass keinerlei finanzielle Absprachen mit dem Studienplatztausch verbunden sind 					
<p>Die Zuweisung Ihres Studienplatzes <u>am Standort Bochum</u> 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.</p> <p>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.</p>					
Ort, Datum und Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers			Ort, Datum und Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers		
Zustimmung der beteiligten Hochschulen					
Dienststempel			Dienststempel		
Ort, Datum und Unterschrift			Ort, Datum und Unterschrift		