



Bestätigung wegen Ausschluss und Prüfungsmisserfolg

Name: _____

Vorname: _____

Geb.datum: _____

Zulassung beantragt per Herbstsemester

2	0	2	6
---	---	---	---

auf ☐ Humanmedizin ☐ Zahnmedizin ☐ Chiropraktik ☐ Veterinärmedizin

Bitte Zutreffendes ankreuzen

☐ Ich bestätige, dass ich zu keinem Zeitpunkt an einer anderen Universität im In- oder Ausland von einem Medizinischen Studiengang ausgeschlossen worden bin resp. kein Ausschluss ausstehend ist.

☐ Ich bin an einer anderen Universität von einem Medizinischen Studiengang ausgeschlossen worden resp. ein Ausschluss ist ausstehend.

Name der Universität: _____ Studienfach: _____

☐ Ich war an einer anderen Universität in einem Medizinischen Studiengang bereits einmal eingeschrieben.

Name der Universität: _____ Studienfach: _____

☐ Ich habe an einer anderen Universität eine oder mehrere Prüfungen in einem Medizinischen Studienfach nicht bestanden.

Name der Universität: _____ Studienfach: _____

Ort und Datum

Unterschrift