

Antrag auf Studienplatztausch SoSe/WS

Ende der Tauschfrist jeweils bis zum Vorlesungsbeginn für das entsprechende Semester

Angaben zur Person der/des Antragstellerin/ Antragstellers	Angaben zur Person des(r) Tauschpartners (-partnerin)
Name, Vorname	Name, Vorname
Anschrift	Anschrift
E-Mail	E-Mail
Studiengang _____	Studiengang _____
Immatrikuliert an der Ruhr-Universität Bochum _____	Immatrikuliert an der _____
durch: <input type="checkbox"/> Bescheid von Hochschulstart.de <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid der Hochschule <input type="checkbox"/> Gerichtsentscheidung im Winter-/Sommersemester im Fachsemester und Kliniksemester	durch: <input type="checkbox"/> Bescheid von Hochschulstart.de <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid der Hochschule <input type="checkbox"/> Gerichtsentscheidung im Winter-/Sommersemester im Fachsemester und Kliniksemester wird ins Fachsemester undKliniksemester an der RUB immatrikuliert
Diesem Antrag sind beigefügt: <ol style="list-style-type: none"> 1) Die Zulassungsbescheide 2) Jeweils eine Studienbescheinigung, aus der sich der Studiengang, die entsprechende Anzahl der Fachsemester, der Hochschulsemester und die endgültige Einschreibung ergibt 3) Zeugnis über den <i>Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung</i> (bei Tausch in den klinischen Abschnitt) in amtl. beglaubigter Kopie 4) Hochschulzugangsberechtigung (Abiturzeugnis) in amtl. beglaubigter Kopie 5) Erklärung darüber, dass keinerlei finanzielle Absprachen mit dem Studienplatztausch verbunden sind 	
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.	
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