

# Antrag auf Studienplatztausch SoSe/WS

**Ende der Tauschfrist** jeweils bis zum Vorlesungsbeginn für das entsprechende Semester

| Angaben zur Person der/des Antragstellerin/<br>Antragstellers  | Angaben zur Person des(r) Tauschpartners (-partnerin)   |
|--|---|
| Name, Vorname  | Name, Vorname   |
| Anschrift  | Anschrift   |
| E-Mail   | E-Mail  |
| Studiengang<br>_____   | Studiengang<br>_____  |
| Immatrikuliert an der<br><b>Ruhr-Universität Bochum</b><br>_____   | Immatrikuliert an der<br>_____  |
| durch:<br><input type="checkbox"/> Bescheid von Hochschulstart.de<br><input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid der Hochschule<br><input type="checkbox"/> Gerichtsentscheidung<br>im Winter-/Sommersemester ..... im .....<br>Fachsemester und ..... Kliniksemester  | durch:<br><input type="checkbox"/> Bescheid von Hochschulstart.de<br><input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid der Hochschule<br><input type="checkbox"/> Gerichtsentscheidung<br>im Winter-/Sommersemester ..... im .....<br>Fachsemester und ..... Kliniksemester<br>wird ins ..... Fachsemester und .....Kliniksemester an<br>der RUB immatrikuliert |
| Diesem Antrag sind beigelegt:<br>1) Die Zulassungsbescheide<br>2) Jeweils eine Studienbescheinigung, aus der sich der Studiengang, die entsprechende Anzahl der Fachsemester, der Hochschulsemester und die endgültige Einschreibung ergibt<br>3) Zeugnis über den <i>Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung</i> (bei Tausch in den klinischen Abschnitt) in amtl. beglaubigter Kopie<br>4) Hochschulzugangsberechtigung (Abiturzeugnis) in amtl. beglaubigter Kopie<br>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; <b>die Fortsetzung des Studiums ohne Unterbrechung wird gewährleistet.</b> 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.<br>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.<br><b>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.</b> |   |
| Ort, Datum und Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers   | Ort, Datum und Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers  |
| <b>Zustimmung der beteiligten Hochschulen</b>  |   |
| Dienststempel  | Dienststempel   |
| Ort, Datum und Unterschrift  | Ort, Datum und Unterschrift   |