

Erklärung zur Immatrikulation

Nachname: Vorname:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Prüfungen im Studienfach Humanmedizin

- Ich bin/war an **keiner** anderen Hochschule im Studienfach **Humanmedizin** immatrikuliert
- Ich bin/war bereits an einer anderen Hochschule im Studienfach **Humanmedizin** immatrikuliert

Name und Ort der Hochschule:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| 1. Abschnitt der
Ärztlichen Prüfung | <input type="checkbox"/> noch nicht
teilgenommen | <input type="checkbox"/> ___ mal nicht
bestanden | <input type="checkbox"/> vollständig bestanden
Datum: <input type="text"/>
Note: <input type="text"/> |
| 2. Abschnitt der
Ärztlichen Prüfung | <input type="checkbox"/> noch nicht
teilgenommen | <input type="checkbox"/> ___ mal nicht
bestanden | <input type="checkbox"/> vollständig bestanden
Datum: <input type="text"/>
Note: <input type="text"/> |

Haben Sie jemals eine Prüfung im Studienfach **Humanmedizin** nicht bestanden? Falls ja, tragen Sie hier bitte die Prüfung*en und die Anzahl der Fehlversuche ein:

Freiwilligkeit der Teilnahme am Modellstudiengang

Hiermit erkläre ich meine Bereitschaft zur Teilnahme am Modellstudiengang Humanmedizin der Fakultät VI – Medizin und Gesundheitswissenschaften der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg. Mir ist bewusst, dass die Teilnahme am Modellstudiengang bei einem späteren Hochschulwechsel zu Einschränkungen hinsichtlich meiner Ortswahl sowie zu einer Studienzeiterverlängerung führen kann.

Unterschrift

Ich versichere an Eides statt, dass die von mir gemachten Angaben richtig und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben den Widerruf der Einschreibung zur Folge haben können. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten weiteren Einrichtungen der Universität Oldenburg unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen zur Verfügung gestellt werden.

Datum:

Unterschrift: