

Antrag für das Praktische Jahr für Externe Studierende

Frühjahrsturnus / Herbstturnus 20__

Anrede: _____

Geburtsdatum: _____

Vorname: _____

Geburtsort: _____

Nachname: _____

Studienort: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

PLZ: _____

Ihre E-Mailadresse an Ihrer
Heimatuni: _____

Ort: _____

Chirurgie (1. / 2. / 3. Tertial [bitte ankreuzen])

Krankenhaus – 1. Präferenz: _____

Krankenhaus – 2. Präferenz: _____

Innere Medizin (1. / 2. / 3. Tertial [bitte ankreuzen])

Krankenhaus – 1. Präferenz: _____

Krankenhaus – 2. Präferenz: _____

Wahlfach (1. / 2. / 3. Tertial [bitte ankreuzen])

Fach: _____

Krankenhaus – 1. Präferenz: _____

Krankenhaus – 2. Präferenz: _____

Datum, Unterschrift: _____

Anlagen:

- Verpflichtungserklärung (unterschrieben)
- Aktuelle Studienbescheinigung der Heimatuni