

**Anmeldung für das** WS / SS _____**1. Fachsemester****(BITTE LESERLICH UND IN DRUCKSCHRIFT AUSFÜLLREN)****Persönliche Daten**Anrede Herr Frau

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Staatsangehörigkeit _____ Matrikel-Nr. _____

Linkshänder Nein Ja**Semesteradresse**

PLZ, Wohnort _____ Handy _____

Straße, Nr. _____ E-Mail _____

Heimatadresse

PLZ, Wohnort _____ Telefon _____

Straße, Nr. _____ E-Mail _____

Land _____

Weitere Angaben**Bei Hochschul- oder Fachwechsel:****Zu welchem Semester wurden Sie zum Studium der Zahnheilkunde zugelassen?**

WS / SS _____ Studiensemester _____

Haben Sie anerkannte Scheine oder Abschlüsse in der Humanmedizin? Nein / Ja

Falls ja, welche _____

Haben Sie bereits an einer anderen Uni studiert?

 Ja (Universität/Studiengang/Dauer) _____ Nein.Erfolgte eine Hochstufung? Nein / Ja

Hiermit versichere ich die Richtigkeit der aufgeführten Angaben. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zur Kursorganisation und -durchführung in elektronischer Form gespeichert werden.

(Ort, Datum)_____
(Unterschrift)