



MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT
INNSBRUCK

Famulaturanmeldung 2012 / Elective Programs Application Form Chicago Medical School of Rosalind Franklin University of Medicine and Science

An die Abteilung für Internationale Beziehungen und Lernzentrum der Medizinischen Universität Innsbruck	Eingang (von der Abteilung für Internationale Beziehungen auszufüllen)	Erledigung (von der Abteilung für Internationale Beziehungen auszufüllen) Bewilligt in der Höhe von:
--	---	---

Month (August or September):	Subject:	
	Internal Medicine <input type="checkbox"/>	Psychiatry <input type="checkbox"/>

Identification number (Matrikel-Nummer)			
Applicant (Last and First Name)			
Country			
Adress			
Telephone/ Mobil phone number			
Email			
Number of Passport			
Date of expiration			
Date of birth			
Nationality			
Gender	Male	female	Fer
Bank/BLZ			
Account number			
Contact person (name and telephone number) in case of an emergency			

Foreign language knowledge:

	English	French	Spanish	other
Excellent				
Good				
Basic				
I attended Medical English courses	yes		no	

USMLE (United States Medical Licensing Examination):

Step 1	Yes	No
Step 2	Yes	No

Academic Background:

Degree programme for which you are currently enrolled: (i.e. Medicine Q 202)	
Number of years or semesters completed before the study period abroad:	

Academic electives (up to now):

From – to	Country	Host Institution
Financed by:	<input type="checkbox"/> Myself	<input type="checkbox"/> Grant received by
Financed by:	<input type="checkbox"/> Myself	<input type="checkbox"/> Grant received by
Financed by:	<input type="checkbox"/> Myself	<input type="checkbox"/> Grant received by

Required Enclosures

Please attach the following documents:

CV with personal and educational data (typed and signed)	
Letter of Motivation (typed and signed)	
Documentation of Academic Success (Studienerfolgsnachweis) available at "Abteilung für Lehre und Studienangelegenheiten"	
Documentation of Clinical Electives (Bestätigung über vorangegangene Famulaturen)	
Language Certificates	

I understand that I am responsible for obtaining my own visa and necessary travel documents, immunizations, and other requirements as stipulated by the governments of the country of destination.

I certify that the above mentioned information is true and correct as stated. I commit to give immediate notice of reception of any grant by any other institution. I will give immediate notice of any changes or amendments to the above given data.

Date: _____

Signature: _____

Abteilung für Internationale Beziehungen und Lernzentrum
Schöpfstr. 45, 6020 Innsbruck
Tel: 0512-9003-70065 Fax: 0512-9003-73060
Email: monika.schlager@i-med.ac.at
Öffnungszeiten: Montag-Freitag 09:00-12:30 Uhr

Erklärung

Ich _____ erkläre hiermit, den von der Medizinischen Universität Innsbruck im Rahmen ihrer Kooperationen angebotenen Famulaturplatz in

- Ägypten
- Argentinien
- USA
- Indonesien
- Vietnam
- Thailand
- China
- Nepal

anzunehmen. Ich organisiere die Reise sowie meinen Aufenthalt selbst, auf eigene Rechnung und eigene Gefahr. Ich bin selbst für notwendige Immunisierung, Gesundheitsvorsorge und Versicherungsschutz, Beschaffung des Einreisevisums und weitere Reisevorkehrungen zuständig. Ich führe die gesamte Famulatur sowie den gesamten Aufenthalt im oben genannten Land eigenverantwortlich und auf eigenes Risiko durch.

Für den Fall einer Zusage des Famulaturplatzes, verpflichte ich mich binnen 1 Monats nach Abschluss meines Aufenthalts der Abteilung für Internationale Beziehungen einen Bericht und eine Aufenthaltsbestätigung vorzulegen. Weiters stimme ich der Weitergabe des Berichts an die BewerberInnen in den Folgejahren und der Veröffentlichung auf der Homepage der Abteilung für Internationale Beziehungen zu.

Sollte ich aus welchen Gründen auch immer meine Famulatur nicht antreten oder vor dem geplanten Zeitpunkt der Beendigung abbrechen, informiere ich umgehend die Abteilung für Internationale Beziehungen und Lernzentrum der Medizinischen Universität Innsbruck.

Ich bin damit einverstanden, dass die Medizinische Universität Innsbruck keine wie auch immer geartete Haftung für Schäden aller Art übernimmt.

Datum

Unterschrift