



MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT  
INNSBRUCK

## Famulaturanmeldung 2012 / Elective Programs Application Form Kasr Alaini University Hospital, Kairo, Ägypten

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

<b>Month:</b>	<b>Subject:</b>		
	1 <sup>st</sup> Choice	2 <sup>nd</sup> Choice	3 <sup>rd</sup> Choice

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
Bank/BLZ		
Account number		
Contact person (name and telephone number) in case of an emergency		

**Foreign language knowledge:**

	English	French	Arabic	other
Excellent				
Good				
Basic				
I attended Medical English courses	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)		

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](mailto: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