

GUADALAJARA (O.P.D. Hospital Civil de Guadalajara)



MEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT
INNSBRUCK

20 . . - Application Form

An die Internationale Beziehungen – International Relations 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: (except December)	Subject:	
	1 st choice	2 nd choice
<input type="checkbox"/>	KPJ	<input type="checkbox"/>
		Famulatur

Applicant (last and first name)		
Identification number (Matrikelnummer)		
Date of birth		
Adresse		
Telephone/ Mobile phone number		
Email		
Passport (number and date of expiration)		
Nationality		
Gender	male	female
IBAN		
BIC/Bank		
Contact person in case of emergency (name and phone number)		

Qualifications

1. Foreign language knowledge:

	Spanish	English	French	Other
Excellent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Good	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Basic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
I attended Medical Spanish courses		yes	no	

2. 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:	

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.

Datenverarbeitungsklausel: Ich erkläre meine Zustimmung, dass sämtliche im Rahmen der Antragstellung bekannt gewordenen personenbezogenen Daten durch die Medizinische Universität Innsbruck für Zwecke der **Programmverwaltung und Evaluierung** automationsunterstützt gespeichert, verarbeitet und verwendet werden dürfen. Ich kann diese Zustimmung jederzeit widerrufen.

Ja
Nein

Date: _____

Signature: _____

Abteilung für Internationale Beziehungen und Lernzentrum
Fritz-Pregl-Str. 3/4, 6020 Innsbruck
Tel: 0512-9003-70065 Fax: 0512-9003-73060
Email: monika.schlager@i-med.ac.at

BEWERBUNGSUNTERLAGEN

- | | |
|--|--------------------------|
| Vollständig ausgefülltes Bewerbungsformular | <input type="checkbox"/> |
| Kopie blauer Famulatuschein | <input type="checkbox"/> |
| Nachweis Spanischkenntnisse
(z.B. Bestätigung Sprachkurs, Maturazeugnis, ...) | <input type="checkbox"/> |
| Lebenslauf (Spanisch) | <input type="checkbox"/> |
| Motivationsschreiben (Spanisch) | <input type="checkbox"/> |
| Erklärung (s. letzte Seite) | <input type="checkbox"/> |

INFO!

Bei Nominierung erhalten Sie weitere Formulare von Frau Schlager.

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
- Mexiko

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