

# NEPAL (Dhulikhel Hospital, Kathmandu)

## 20 . . - Application Form



MEDIZINISCHE  
UNIVERSITÄT  
INNSBRUCK

<b>An die Abteilung für Internationale Beziehungen und Lernzentrum der Medizinischen Universität 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>
--	---	---

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

<input type="checkbox"/> <b>KPJ</b>	<input type="checkbox"/> <b>Famulatur</b>
-------------------------------------	---

Applicant (last and first name)		
Identification number (Matrikelnummer)		
Date of birth		
Home address		
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)		
I would like to go to the same hospital as (name):		

# Qualifications

## 1. Exams:

a) KMP 1 + KMP 2	Date	Grade
b) KMP 3 A / 3 B	Date	Grade
c) KMP 4 A / 4 B	Date	Grade
d) KMP 5 A / 5 B	Date	Grade
e) KMP 6 A / 6 B	Date	Grade

## 2. Foreign language knowledge:

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

## 3. Short description of other work-related abilities (optional):

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

Signature: .....

## BEWERBUNGSUNTERLAGEN

- Vollständig ausgefülltes Bewerbungsformular
- Kopie (blauer) Famulatuschein
- Studienerfolgsnachweis (Ausdruck i-med.inside)
- (soweit vorhanden) Nachweis Sprachkenntnisse (Bestätigung Sprachkurs, ...), Bestätigung(en) über soz. Engagement (u. a. freiwillige Tätigkeiten)
- Lebenslauf (englisch)
- Motivationsschreiben (englisch)
- Passkopie