

An die/den  
Vizekanzlerin/Vizekanzler für Lehre und Studienangelegenheiten  
der Medizinischen Universität Innsbruck

**HINWEISE FÜR DIE/DEN BEWERBER/IN**  
siehe Merkblatt  
„Studienberechtigungsprüfung“

☒ Zutreffendes bitte ankreuzen

### Antrag auf Zulassung zur Studienberechtigungsprüfung

**Es wird darauf hingewiesen, dass nur ein vollständiges Ansuchen bearbeitet werden kann!**

|                                                                                                                                         |                                |                    |             |   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------|-------------|---|---|
|                                                                                                                                         | Sozialversicherungsnummer      | Matrikelnummer     | Geschlecht  |   |   |
|                                                                                                                                         |                                |                    | M           | W | D |
| Familiennamen (in Blockschrift)                                                                                                         |                                | Vorname(n)         |             |   |   |
| Familiennamen bei der Geburt (in Blockschrift)                                                                                          |                                | Staatsbürgerschaft |             |   |   |
| Geburtsdatum                                                                                                                            | Geburtsort (Postleitzahl, Ort) | Staat              |             |   |   |
| Zustelladresse (Postleitzahl, Ort, Straße, Haus-Nr., Stiege, Tür)                                                                       |                                |                    | Telefon-Nr. |   |   |
| E-Mailadresse:                                                                                                                          |                                |                    |             |   |   |
| Nur für Nicht- EU- oder -EWR-Staatsangehörige: (Die Angehörigkeit einer Personengruppe gemäß Personengruppenverordnung ergibt sich aus) |                                |                    |             |   |   |

Ich beantrage an der Medizinischen Universität Innsbruck die Zulassung zur Studienberechtigungsprüfung Studienrichtungsgruppe Medizinische Studien für das Studium:

- ☐ Humanmedizin  
☐ Zahnmedizin  
☐ Molekulare Medizin  
☐ (Sonstige) .....

Die eindeutig über die Erfüllung der allgemeinen Schulpflicht hinausgehende erfolgreiche berufliche oder außerberufliche Vorbildung für die angestrebte Studienrichtung wurde erworben durch:

|                                          |
|------------------------------------------|
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |
|------------------------------------------|

Ich erkläre an Eides statt, dass

(falls zutreffend, bitte ankreuzen)

- ☐ ich bisher noch nie zu einer Studienberechtigungsprüfung für die Studienrichtungsgruppe Medizin an der Medizinischen Universität Innsbruck zugelassen wurde.
- ☐ ich über keine allgemeine Universitätsreife gemäß § 64 UG (bspw. deutsches Abitur) verfüge.

Ich nehme zur Kenntnis, dass unrichtige Angaben bei Bekanntwerden zur Wiederaufnahme des Verfahrens führen und die Zulassung zur Studienberechtigungsprüfung rückwirkend versagt werden kann. Sämtliche nach Erschleichung der Zulassung zur Studienberechtigungsprüfung erfolgte Prüfungsleistungen aus der Studienberechtigungsprüfung sowie an die Absolvierung der Studienberechtigungsprüfung anschließende Ausbildungen, für deren Zulassung die Studienberechtigungsprüfung (Studienberechtigungszeugnis) erforderlich war (bspw. Zulassung zum Studium Humanmedizin), werden damit rückwirkend nichtig und verlieren ihre Gültigkeit. Weitere rechtliche Konsequenzen trägt die Antragstellerin/der Antragsteller.

Ich wähle folgendes Wahlfach für die Studienberechtigungsprüfung:

- ☐ Strukturen des menschlichen Körpers
- ☐ Funktionen des menschlichen Körpers

**Einzahlungsbestätigung der Kostenbeteiligung.** Die Kostenbeteiligung beträgt **€ 350,-** und ist **im Voraus** an die untenstehende Bankverbindung der Medizinischen Universität Innsbruck zu entrichten. Ein Nachweis der Einzahlungsbestätigung ist dem Ansuchen anzuschließen. Die Kostenbeteiligung verfällt, wenn der Antrag abgewiesen, zurückgewiesen oder zurückgezogen wird bzw. wenn die Zulassung zur Studienberechtigungsprüfung erlischt.

**Empfänger: Medizinische Universität Innsbruck**

**BIC: HYPTAT22**

**IBAN: AT13 5700 0210 1113 0500**

**Betrag: € 350,00**

**Verwendungszweck: Kostenbeteiligung Studienberechtigungsprüfung (700 800)**

**Auftraggeber: Name und Anschrift**

#### **ERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ**

Hiermit erteile ich der Medizinischen Universität Innsbruck die Einwilligung, meine im Zusammenhang mit dem Verfahren zur Studienberechtigungsprüfung benötigten personenbezogenen Daten elektronisch zu erfassen und zu verarbeiten sowie für Zwecke des Verfahrens an andere Universitäten oder Behörden weiterzugeben bzw. diesen zugänglich zu machen oder bei diesen abzufragen und allenfalls notwendige Dokumente zur Überprüfung an andere Universitäten und Institutionen zu übermitteln, sofern dies gemäß Art. 6 und 9 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) erforderlich bzw. nicht bereits durch andere gesetzliche Bestimmungen (Amtshilfe gemäß § 46 Abs. 6 UG, Art 20 Abs. 4 B-VG, etc.) gedeckt ist.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben angeführten Angaben, die Erklärung an Eides statt gelesen und verstanden zu haben sowie mit der Erklärung zum Datenschutz einverstanden zu sein.

---

Datum, Unterschrift