

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:

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 nehme zur Kenntnis, dass unrichtige Angaben zur Wiederaufnahme des Verfahrens führen und die Zulassung zur Studienberechtigungsprüfung widerrufen werden kann. Sämtliche durch Erschleichung erlangten Ausbildungen, für welche die Studienberechtigungsprüfung erforderlich war, werden damit 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**

**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