



## Antrag auf Studienplatztausch

Studiengang \_\_\_\_\_

Fachsemester \_\_\_\_\_ (bei HM/ZM bitte in Klammer Vk- bzw KI-Semester eingeben)

Wintersemester \_\_\_\_\_

Sommersemester \_\_\_\_\_

### Antragsteller\*innen der Universität Ulm

Matrikel-Nr. \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

#### Zulassung ist endgültig und unbefristet

ja  nein

#### Endgültig nicht bestandene studienbegleitende Prüfungen, Vor- oder Zwischenprüfungen:

ja  nein

### Antragsteller\*innen der Universität

\_\_\_\_\_ (Name und Faxnummer der Universität!)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

#### Zulassung ist endgültig und unbefristet

ja  nein

#### Endgültig nicht bestandene studienbegleitende Prüfungen, Vor- oder Zwischenprüfungen:

ja  nein

**Beizufügende Unterlagen:**

- Kopie der Hochschulzugangsberechtigung  
 Note \_\_\_\_\_  
 Datum \_\_\_\_\_
- Kopie des Zulassungsbescheids
- aktuelle Immatrikulationsbescheinigung  
 Anzahl der bisherigen Fachsemester \_\_\_\_\_
- Kopien abgelegter Prüfungen/Leistungsnachweis  
 Anzahl der Scheine Vorklinik \_\_\_\_\_  
 Physikumsnote \_\_\_\_\_  
 Anzahl und Notendurchschnitt der klinischen  
 Scheine \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller vorstehenden Angaben:

\_\_\_\_\_  
Datum                                      Unterschrift

**Tausch wird von der Universität Ulm genehmigt:**

- ja                       nein                       unter Vorbehalt

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum                                      Unterschrift / Stempel

Vermerk der Universität Ulm:

**Beizufügende Unterlagen:**

- Kopie der Hochschulzugangsberechtigung  
 Note \_\_\_\_\_  
 Datum \_\_\_\_\_
- Kopie des Zulassungsbescheids
- aktuelle Immatrikulationsbescheinigung  
 Anzahl der bisherigen Fachsemester \_\_\_\_\_
- Kopien abgelegter Prüfungen/Leistungsnachweis  
 Anzahl der Scheine Vorklinik \_\_\_\_\_  
 Physikumsnote \_\_\_\_\_  
 Anzahl und Notendurchschnitt der klinischen  
 Scheine \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller vorstehenden Angaben:

\_\_\_\_\_  
Datum                                      Unterschrift

**Tausch wird von der Universität genehmigt:**

- ja                       nein                       unter Vorbehalt

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum                                      Unterschrift / Stempel

Bitte ausgefüllt zurückfaxen an (0731) 50-22074