



## Antrag auf Studienplatztausch

Studiengang \_\_\_\_\_

Fachsemester \_\_\_\_\_

(bei Medizin/Zahnmedizin bitte in Klammer Vorklinik- bzw Klinik-Semester angeben)

Wintersemester \_\_\_\_\_

Sommersemester \_\_\_\_\_

**Bew.Nr.:** \_\_\_\_\_ **Kohorte** \_\_\_\_\_  
(wird von der Universität Ulm ausdefüllt)

### 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 der Universität

\_\_\_\_\_  
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