



MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT GRAZ
Organisationseinheit Studienmanagement
Harrachgasse 21/2
A-8010 Graz

Eingangsdatum:
Aktenzahl:

Ansuchen um Zulassung zum Doktoratsstudium der Pflegewissenschaft (O 784 204) Application for Admission

Füllen Sie dieses Formular in Blockschrift genau und vollständig aus und kreuzen Sie Zutreffendes an!
Complete this form in block letters and tick where appropriate!

Angaben zur Person - Personal data

Familiennamen: last name:		
Vorname(n): first name:		
Geburtsdatum: date of birth:	Geschlecht: sex:	
	<input type="checkbox"/> männlich - male <input type="checkbox"/> weiblich - female	
Staatsbürgerschaft: citizenship:	Muttersprache: mother tongue:	
Heimatadresse (Straße, Hausnummer, Stiege, Stock, Tür): permanent address:		
Postleitzahl: zip:	Ort: city:	Land: country:
Derzeitige Anschrift, Zustelladresse (Straße, Hausnummer, Stiege, Stock, Tür): delivery address:		
Postleitzahl: zip:	Ort: city:	Land: country:
c/o (wohnhaft bei):	gültig bis: valid to:	
Telefonnummer: telephone number:	E-Mail:	

Angaben zum beabsichtigten Studium - Details on the intended study programme

Ich bewerbe mich um Zulassung zum Studium als I apply for admission as	
<input type="checkbox"/> ordentliche/r Studierende/r - degree student für die Studienrichtung(en): Doktoratsstudium der Pflegewissenschaft for the study programme(s):	
Beabsichtigter Studienbeginn intended start of studies	
<input type="checkbox"/> Winter-Semester 20___/___ winter term	<input type="checkbox"/> Sommer-Semester 20___ summer term

Vorbildungsnachweise – Educational background

Nachweis der Hochschulreife (Reifezeugnis): secondary school leaving certificate:	
erworben am: im/in (Staat): date of issue: country:	
Bereits begonnene oder absolvierte Universitätsstudien: Study programmes already commenced or completed:	
Name der Universität: name of university:	
Anschrift der Universität: address of university:	
Studienrichtung(en): study programme(s):	
Studienzeit (von - bis): period of study (from - till):	
Bereits erworbener Studienabschluss: date of completion:	
Haben sie schon an einer Universität in Österreich studiert?: Have you studied on a university in Austria?:	
<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No
Matrikelnummer: Registrationsnumber:	
Ich habe an der Medizinischen Universität Graz bereits einmal einen Antrag auf Zulassung zum Studium gestellt: I have already submitted an application for admission to the Graz University of Medicine:	
Datum: date:	

Deutschkenntnisse - Command of German

<input type="checkbox"/> Deutsch ist meine Muttersprache - I am a German native speaker			
<input type="checkbox"/> Ich verfüge über Deutschkenntnisse - my command of German is			
<input type="checkbox"/> gut good	<input type="checkbox"/> ausreichend sufficient	<input type="checkbox"/> schlecht bad	<input type="checkbox"/> keine I don't speak German
Meine Deutschkenntnisse habe ich erworben durch - I learned German at:			

Beilagen zum Ansuchen - Enclosures to the application

Ich lege folgende Unterlagen bei: I enclose the following documents:
<input type="checkbox"/> Dissertationsvereinbarung
<input type="checkbox"/> Nachweis über bereits absolvierte Universitätsstudien (Prüfungsergebnisse) record of academic progress (transcript of university courses and exams)
<input type="checkbox"/> Nachweise über erworbene akademische Grade university diplomas
<input type="checkbox"/> Lebenslauf curriculum vitae
<input type="checkbox"/> Kopie des Reisepasses copy of the passport
<input type="checkbox"/> Kopie des Reisepasses von der Kontaktperson (nur erforderlich wenn Sie sich im Ausland befinden und eine Kontaktperson, die sich in Österreich befindet beauftragen sich um die Belangen ihres Ansuchens zu bemühen) copy of the passport from the contact person
<input type="checkbox"/> Sonstiges : other :

Ich erkläre hiermit, dass obige Angaben vollkommen der Wahrheit entsprechen. Ich erkläre weiters, dass ich im Ausstellungsland des Reifezeugnisses bzw. des Hochschuldiploms sämtliche Voraussetzungen für die Zulassung zum Studium bzw. Fortsetzung des Studiums (und zwar für die Studienrichtung, die ich in Österreich aufnehmen möchte) erfüllt habe.

Ich nehme zur Kenntnis, dass eine aufgrund unwahrer Angaben erlangte Zulassung den Verlust des Studienplatzes bedeutet und die Vorlage gefälschter Urkunden auch strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen wird.

Sollte die Medizinische Universität Graz im Rahmen des Ermittlungsverfahrens persönliche Daten von anderen Behörden benötigen, so erteile ich meine Zustimmung, dass diese von der jeweiligen Behörde an die Medizinische Universität Graz weitergegeben werden dürfen.

I affirm that the above statements are true and correct. I also affirm I that fulfil all requirements for immediate admission to or continuation of the study programme(s) I intend to commence in Austria in the country of issue of my secondary school leaving certificate or of my university diploma.

I am aware that my admission will be withdrawn if I have been admitted owing to false statements and that the submission of forged documents will be prosecuted.

If the Graz University of Medicine needs to request personal data from other authorities in order to process my application, I give my consent that the relevant authorities may disclose personal data to the Graz University of Medicine.

_____ Datum - date

_____ Unterschrift - signature