

**Antrag auf die Gewährung eines Stipendiums
für Medizinstudierende
im Landkreis Spree-Neiße/Wokrejs Sprjewja-Nysa**



Landkreis Spree-Neiße/Wokrejs Sprjewja-Nysa
Fachbereich Gesundheit
Heinrich-Heine-Str. 1
03149 Forst (Lausitz)/Baršć (Łużyca)

Eingangsdatum/Stempel

Aktenzeichen:

I. Angaben zur Person

Name Vorname Geburtsdatum

.....

wohnhaft in (Straße, PLZ, Ort)

.....

Telefon

E-Mail

.....

II. Angaben zum Studium

Universität/Hochschule

.....

Studiengang

Fachsemester

.....

Ich habe bei einer anderen inländischen oder ausländischen Einrichtung ebenfalls einen Antrag auf Gewährung eines Stipendiums gestellt.

- ja
 nein

Wenn ja,

Bezeichnung der Einrichtung

.....

.....

.....

Wurde das Stipendium bewilligt?

- ja
 nein
 noch keine Entscheidung

III. (formlose, schriftliche) Verpflichtungserklärung zu § 2 Voraussetzungen lt. Richtlinie des Landkreises Spree-Neiße/Wokrejs Sprjewja-Nysa über die Gewährung eines Stipendiums für Medizinstudierende

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IV. Beigefügte Unterlagen:

- aussagefähiges Bewerbungsschreiben
- Lebenslauf
- Nachweis des Bestehens des ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung gem.§ 1 Abs. 3 der ÄApprO bzw. Nachweis einer Äquivalenzbescheinigung für Leistungsnachweise gem. § 41 ÄApprO
- aktuelle Immatrikulationsbescheinigung
- ggf. Nachweise über bereits im Studium erbrachte Leistungen

Ich versichere die Richtigkeit der gemachten Angaben einschließlich der in den Anlagen beigefügten Erklärungen und verpflichte mich meiner Anzeigepflicht entsprechend der gesetzlichen Vorschriften nachzukommen.

Ort/Datum

Unterschrift

.....

.....