



Antrag auf Studienplatztausch

Sommersemester / Wintersemester _____

Bitte Kopie vom Zulassungsbescheid bzw. Abiturzeugnis und eine Studienbescheinigung beifügen!	Studierender an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald	1. Tauschpartner	2. Tauschpartner	3. Tauschpartner
Name, Vorname:				
Studiengang:				
Beginn des derzeitigen Fachstudiums:				
Anzahl der Fachsemester (evtl. Angabe der Urlaubssemester):				
Nur für Mediziner:	Datum bestandener Prüfungen	Datum bestandener Prüfungen	Datum bestandener Prüfungen	Datum bestandener Prüfungen
Physikum				
Klinische Semester				
z.Z. immatrikuliert an der Universität:				
Wechsel zur Universität:				
Ich versichere, dass ich die Angaben dieses Antrages nach besten Wissen und Gewissen vollständig und richtig gemacht habe. Mir ist bekannt, dass bei fahrlässig oder versehentlich falschen Angaben die Einschreibung versagt wird.				
Datum und Unterschrift der Antragsteller				
Einwilligung der beteiligten Hochschulen	Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald	2. Hochschule	3. Hochschule	4. Hochschule
	_____ (Ort, Datum)	_____ (Ort, Datum)	_____ (Ort, Datum)	_____ (Ort, Datum)
	_____ (Unterschrift) _____ (Stempel)	_____ (Unterschrift) _____ (Stempel oder Siegel)	_____ (Unterschrift) _____ (Stempel oder Siegel)	_____ (Unterschrift) _____ (Stempel oder Siegel)