



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf



Universität Hamburg
DER FORSCHUNG | DER LEHRE | DER BILDUNG

**Bestätigung der freiwilligen Teilnahme am integrierten Modellstudiengang Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg gemäß § 41 der
Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002.**

Hiermit bestätige ich,

Vorname		
Name		-----
geboren am		-----
Geburtsort		-----

dass ich freiwillig am Modellstudiengang Medizin an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg teilnehme.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Teilnahme am Modellstudiengang Medizin zu einer Einschränkung der Möglichkeiten eines Studienortwechsels führen kann und bestätige mein Einverständnis hiermit. Insbesondere kann ein solcher Wechsel mit einer Verlängerung der Studienzeit verbunden sein.

Ort und Datum

Unterschrift antragsstellende
oder bevollmächtigte Person