



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 der/des Antragsteller/in/s
oder Bevollmächtigten