

Name _____
Vorname _____
geboren am _____
in _____

Aufklärungsbogen für Studierende bei der Einschreibung (Zahnmedizin)

Erklärung über weitere Immatrikulationen/Zulassungen

Ich bin

- an **keiner** anderen inländischen Hochschule eingeschrieben.
- an _____ (Name der Hochschule) für den Studiengang _____
- **eingeschrieben.** Ich beantrage die Exmatrikulation/Rücknahme zum Studienbeginn an der MHH und lege der MHH einen Nachweis darüber bis zum Studienbeginn vor. Mir ist bekannt, dass die Immatrikulation an der MHH solange vorläufig ist.
 - **zugelassen.** Ich versichere, dass ich diesen Studienplatz nicht annehmen werde.

Aufklärung zum Datenschutz

Die MHH beachtet bei der Verarbeitung der Studierendendaten die gesetzlichen Vorgaben. Diese finden Sie unter folgendem Link: www.mhh.de/studierendensekretariat/datenschutzerklaerung

- Die Datenschutzerklärung habe ich gelesen und verstanden.
- Ich stimme zu, dass meine Daten für die Kontaktaufnahme im Rahmen der Alumni-Arbeit* genutzt werden dürfen.

*Der Alumniverein organisiert in erster Linie die Examensfeiern sowie Treffen der ehemaligen Studierenden der MHH.

Erklärung zur Schweigepflicht, Persönlichkeitsrechten und Urheberrecht

Die Bestimmungen über die gesetzliche Pflicht zur Verschwiegenheit, zu Persönlichkeitsrechten und zum Urheberrecht finden Sie unter folgendem Link: www.mhh.de/studierendensekretariat/erklaerung-schweigepflicht

- Die Erklärung zur Schweigepflicht, Persönlichkeitsrechten und Urheberrecht habe ich gelesen und verstanden.

Abgelegte Prüfungen und die Teilnahme an Kursen/Praktika/Seminaren

Ich versichere an Eides statt, dass ich im **Studiengang Zahnmedizin** an der/die

- | | | | |
|--------------------------------|--|---|--|
| Naturwissenschaftliche Prüfung | <input type="checkbox"/> noch nicht teilgenommen habe | <input type="checkbox"/> __ mal nicht bestanden habe | <input type="checkbox"/> vollständig bestanden habe |
| Zahnärztliche Vorprüfung | <input type="checkbox"/> noch nicht teilgenommen habe | <input type="checkbox"/> __ mal nicht bestanden habe | <input type="checkbox"/> vollständig bestanden habe |

- Ich versichere an Eides statt, dass ich an **allen** von mir besuchten Kursen/Praktika/Seminaren im Studiengang Zahnmedizin an einer deutschen oder ausländischen Hochschule **erfolgreich** teilgenommen habe.
- Ich versichere an Eides statt, dass ich an folgenden Kursen/Praktika/Seminaren im Studiengang Zahnmedizin an einer deutschen oder ausländischen Hochschule **nicht erfolgreich teilgenommen** habe (bitte Anzahl der Fehlversuche in Klammern schreiben):

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

| | |
|------------|--------------|
| _____ | _____ |
| Ort, Datum | Unterschrift |