

ANTRAG AUF ZULASSUNG ZUM MASTERSTUDIUM MIGRAINE AND HEADACHE MEDICINE

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung an folgende Anschrift:

Zentrum für wissenschaftliche Weiterbildung an der CAU zu Kiel e. V.

Masterstudiengang Migraine and Headache Medicine

UKSH, Campus Kiel

Arnold-Heller-Straße 3, Haus U27

24105 Kiel

Angaben zur Person	
Name:	Geburtsdatum:
Vorname:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Staatsangehörigkeit:	Geburtsort:
Telefon:	E-Mail:

Hochschulzugangsberechtigung

Schulform / Typ:

Erreichter Abschluss:

Abschluss Monat / Jahr:

Durchschnittsnote:

Bundesland:

Stadt:

*Bitte fügen Sie Ihrer Anmeldung die Hochschulzugangsberechtigung (z. B. Abitur) in Kopie bei.***Hochschulqualifikation**

Nachweis eines Studienabschlusses:

Hochschule / Universität:

Beginn / Ende (mm/jj):

Durchschnittsnote:

Bitte fügen Sie entsprechende Bescheinigungen Ihrer Anmeldung in Kopie bei.

Bitte reichen Sie folgende Unterlagen in beglaubigter Abschrift oder Kopie (Zeugnisse) zusammen mit Ihrem Zulassungsantrag ein. Bei fremdsprachigen Texten ist eine deutsche Übersetzung von einem vereidigten Übersetzer beizufügen.

Bitte ankreuzen

- Vollständig ausgefüllter und unterschriebener Zulassungsantrag
- Tabellarischer Lebenslauf
- Zeugnisse über die erforderliche Hochschulzugangsberechtigung (z. B. Abitur)

(Bei ausländischen Zeugnissen muss die Gleichwertigkeit nachgewiesen und der Nachweis der deutschen Sprachkenntnisse / Deutschprüfung erbracht werden.)

- Zeugnis Hochschulabschluss
- Ggf. Approbationsurkunde
- Exmatrikulationsbescheinigung der letzten Hochschule
- Nachweis über mehrjährige Berufstätigkeit

Ich erkläre, dass alle Angaben vollständig und wahr sind.

Ort / Datum

Unterschrift Bewerber*in