

Anrechnungsantrag auf das Studium der Zahnmedizin

Name:	Datum:
Vorname:	
Anschrift:	
Heimatuniversität:	
Matrikelnummer:	
Telefon:	

Landesamt für soziale Dienste Schleswig-Holstein
Abt. Gesundheitsschutz
z. Hd. Frau Heim - LAsD 321-
Adolf-Westphal-Str. 4
24143 Kiel

Telefon: 0431/988-5572
Fax: 0431/988-5601
E-Mail: Corinna.Heim@lasd.landsh.de

Eingang: _____

Antrags-Nr.: 321-____/____

Ich bitte, die aus meinem Studium der

an der Universität _____ / _____
(Land)

erworbenen Studienleistungen und Semester auf das Studium der Zahnmedizin im Geltungsbereich der Approbationsordnung für Zahnärzte anzuerkennen, und zwar die nachstehend aufgeführten Studienleistungen:

bitte wenden!

Ich war vom SS/WS _____ bis zum SS/WS _____ an der Universität
_____ im Studiengang _____ eingeschrieben.

Ich bin seit dem SS/WS _____ im Studiengang Zahnmedizin an der
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel eingeschrieben.

Ich bin in _____ geboren.

Ich habe meinen 1. Wohnsitz in _____.

Diesem Antrag füge ich im **Original** (ggf. mit beglaubigter Übersetzung) bei:

- Anzurechnende Studienleistungen und Immatrikulationsnachweis, dass ich im Zeitpunkt des Erwerbs dieser Studienleistungen an der Universität, wo ich sie erworben habe, immatrikuliert gewesen bin.
- ggf. aktueller Immatrikulationsnachweis der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
- ggf. Nachweis über den 1. Wohnsitz (Meldebescheinigung)

Ich weiß, dass der Anrechnungsbescheid gebührenpflichtig ist.*)

Mit freundlichem Gruß

(Unterschrift)

*) Die Gebührenpflicht ergibt sich aus dem Verwaltungskostengesetz Schl.-H. i. V. m. der Landesverordnung über Verwaltungsgebühren.