

Antrag auf Anrechnung von Studienleistungen

Bezirksregierung Düsseldorf
Landesprüfungsamt für Medizin,
Psychotherapie und Pharmazie
Postfach 300865
40408 Düsseldorf

Aktenzeichen: _____ / _____ / _____
(wird vom Landesprüfungsamt ausgefüllt)

bisheriges Aktenzeichen: 24.16.01- _____

Ich beantrage die Anrechnung von Studienleistungen
auf das Studium der

Pharmazie

Es handelt sich um einen

Erstantrag

Folgeantrag (Bitte bisheriges Aktenzeichen oben angeben)

Lichtbild

Bitte hier fest
einkleben

(Bitte auf der Rückseite
mit Namen und
Geburtsdatum versehen)

_____ w m d
(Familienname/ ggf. Geburtsname)

(Vorname)

(Geburtsdatum und - ort)

(Staatsangehörigkeit)

(Straße und Hausnummer; ggf. c/o) *

(Postleitzahl, Wohnort) *

(Telefonnummer) **

(E-Mail-Adresse) **



Folgende Anschrift als c/o-Adresse
verwenden:

(Anrede)

(Vor- und Nachname)

(Straße und Hausnummer)

* Den **aktuellen Hauptwohnsitz** angeben

** **Unbedingt** für eine mögliche Kontakt-
aufnahme vollständig angeben

Antrag auf Anrechnung von Studienleistungen

1. Ich habe die Studienleistungen an der folgenden Universität erbracht:

_____ (bisherige Universität/ Land der Universität)

_____ von _____ bis _____
(bisheriger Studiengang) (Monat/Jahr) (Monat/Jahr)

2. Ich bin im Studiengang an einer **deutschen** Universität zugelassen/ eingeschrieben:

nein ja, an der Universität _____ seit SS/WS _____ im
folgenden Studiengang: Pharmazie Sonstiger: _____

3. Ich befinde mich **gegenwärtig** in Deutschland in einem Prüfungsverfahren nach der Approbationsordnung für Apotheker:

nein ja,

im Bundesland _____

an der Universität _____

4. Ich habe bereits an einer nach der Approbationsordnung für Apotheker vorgeschriebenen Prüfung teilgenommen und diese **endgültig nicht bestanden**:

nein ja,

im Bundesland _____

an der Universität _____

5. Ich habe bereits bei einem **anderen** Landesprüfungsamt einen Antrag auf Anerkennung von Studienleistungen gestellt:

nein ja

(Bitte den/die Bescheid/e des anderen Landesprüfungsamtes beifügen)

Eidesstattliche Versicherung

Hiermit erkläre ich, _____ (Vorname, Name) an Eidesstatt die Richtigkeit meiner unter Punkt 1 bis 5 gemachten Angaben. Des Weiteren erkläre ich, dass ich mich bei Änderungen bezüglich o.g. Angaben, die während der Antragsbearbeitung eintreten, umgehend an das Landesprüfungsamt Nordrhein-Westfalen wenden und die Veränderungen entsprechend mitteilen werde.

Ich bin vor Abgabe der eidesstattlichen Versicherung über deren Bedeutung und die strafrechtlichen Folgen bei Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit belehrt worden.

Hinweis: Gemäß § 156 StGB wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft, wer vor einer zur Abnahme einer Versicherung an Eides Statt zuständigen Behörde eine solche Versicherung falsch abgibt oder unter Berufung auf eine solche Versicherung falsch aussagt.

Antrag auf Anrechnung von Studienleistungen

WICHTIGE HINWEISE

- Sofern Sie sich durch eine andere Person gegenüber dem Landesprüfungsamt vertreten lassen möchten, legen Sie dem Antrag ein separates Schreiben über die Vollmacht bei.
- Für die Erteilung des Bescheides über die Anerkennung von Studienleistungen wird gemäß Gebührengesetz i.V.m der Allgemeinen Verwaltungsgebührenordnung für das Land Nordrhein-Westfalen eine Gebühr erhoben. Der Gebührenbescheid wird Ihnen nach Abschluss der Überprüfung Ihres Antrags unaufgefordert zugestellt.
- Bitte reichen Sie nur amtlich oder notariell beglaubigte Kopien ein. Es werden keine Unterlagen zurückgeschickt.
- Bei originalsprachigen Unterlagen sind Übersetzungen in deutscher oder englischer Sprache beizufügen, die von einem vereidigten Dolmetscher beglaubigt sein müssen.

Hinweis zur Datenverarbeitung:

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine personenbezogenen Daten zur Bearbeitung des Antrags erforderlich sind und hierfür gespeichert werden. Meine Angaben werden ggf. an die übrigen Landesprüfungsämter für Medizin, die Medizinischen- und Zahnmedizinischen Fakultäten, die Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen, das IMPP, die Einwohnermeldeämter, IT-NRW, das Landesamt für Finanzen NRW übermittelt, soweit dies für die Antragsbearbeitung erforderlich ist. Meine hier erklärte Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen, bin mir aber bewusst, dass mein Antrag dann ggf. nicht oder nicht unter Berücksichtigung der dann fehlenden Angaben bearbeitet werden kann. Die weitergehenden Informationen zu meinen Rechten habe ich unter <http://www.brd.nrw.de/service/datenschutz.html> zur Kenntnis genommen.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)