**Fakultät für Gesundheit – Department Humanmedizin**

**Formular zur Anrechnung von im Ausland erbrachten Studienleistungen (Semesteraufenthalte)**

Bitte schicken Sie das vollständig ausgefüllte und von Ihnen unterschriebene Anrechnungsformular mit Ihrem von UW/H Seite genehmigten Learning Agreement (LA *Before the Mobility* & ggf. *During the Mobility*) und dem *Transcript of Records* (ToR) der Gasthochschule an klinikkoordination.medizin@uni-wh.de. **Achtung**: Studierende, die kein Auslandssemester, sondern selbstorganisierte Blockpraktika absolviert haben, nutzen anstelle dieses Anrechnungsformulars bitte das Dokument „[Bescheinigung Auslandsblöcke](https://intranet.uni-wh.de/studieren/modellstudiengang-medizin-staatsexamen/2-studienphase-klinik-5-10-semester/auslandsaufenthalt)“. Die Notenumrechnung wird vom Department vorgenommen.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name** | **Vorname** | **Matrikelnummer** | **Studiengang** |
|  |  |  | Humanmedizin |
| **Gasthochschule**  | **Zeitraum (TT.MM.JJJJ- TT.MM.JJJJ)** | **Förderprogramm: ERASMUS+, SEMP, PROMOS, Freemover** | **Art des Aufenthalts** |
|  |  |  | Semesteraufenthalt an Gasthochschule |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gasthochschule**  | **UW/H** |
| **Titel der Lehrveranstaltung an der Gasthochschule (gem. LA/ToR)** | **Credit Points(gem. LA/ToR)** | **Ausländische Note****(gem. ToR)** | **Modul- nummer**  | **Titel der Lehrveranstaltung an der UW/H** **(gem. LA)** | **Ggf. Umgerechnete Note (vom Department auszufüllen)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Aus dem Transcript of Records der oben genannten Gasthochschule, ausgestellt am DD/MM/JJJJ, sollen die hier aufgelisteten Kurse in mein Zeugnis an der Universität Witten/Herdecke übernommen werden. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Weitere Kurse aus dem Transcript of Records der Gasthochschule werden nicht angerechnet, eine Änderung der Zuordnung zu einem späteren Zeitpunkt ist nicht möglich.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| **Unterschrift der/des Studierenden** | **Ort, Datum** | **Unterschrift Klinikkoordination** | **Ort, Datum** |