

(Anlage 1)

Antrag auf Gewährung eines Stipendiums des Landkreises Hersfeld-Rotenburg für Studierende der Humanmedizin

Kreisausschuss des Landkreises Hersfeld-Rotenburg
FD Gesundheit
Herr Wiedemann
Friedloser Str. 12
36251 Bad Hersfeld

Ich beantrage die Gewährung eines Stipendiums des Landkreises Hersfeld-Rotenburg für die Fortführung des Studiums der Humanmedizin:

1. Persönliche Angaben des/der Antragsteller/in	
Name, Vorname	
Geburtsdatum, Geburtsort	
Anschrift	
Telefon	
E-Mail	
Bankverbindung	IBAN:
	BIC:
	Bank:

2. Angaben zum Studium der Humanmedizin	
Universität	
Studienbeginn	
Derzeitiges Semester	
Abschlussjahr (voraus.)	

3. Dem Antragsformular sind folgende Unterlagen (Nr. 7 der Richtlinie) beigelegt:

- tabellarischer Lebenslauf
 - beglaubigte Kopie des Zeugnisses der Hochschulreife
 - beglaubigte Kopie des Zeugnisses der Ersten Ärztlichen Prüfung
 - Motivationsschreiben
 - Kopie des Personalausweises
 - aktuelle Immatrikulationsbescheinigung
 - Verpflichtungserklärung (Blatt 3, 4 oder 5)
 - Für mein Studium erhalte ich derzeit ein Stipendium/öffentliche Leistungen:
 - ☐ nein
 - ☐ ja
- (nähere Angaben/Nachweis)

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben.

Ort, Datum

Antragsteller/in

Verpflichtungserklärung

Name, Vorname	
---------------	--

Anschrift	
-----------	--

Im Falle der Gewährung eines Stipendiums verpflichte ich mich nach Erlangung der ärztlichen Approbation die fachärztliche Weiterbildung gem. Nr. 4a der Richtlinie im Landkreis Hersfeld-Rotenburg durchzuführen und anschließend für

vier Jahre

an der vertragsärztlichen Versorgung im Landkreis Hersfeld-Rotenburg im Fachgebiet Allgemeinmedizin teilzunehmen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Verpflichtungserklärung

Name, Vorname	
---------------	--

Anschrift	
-----------	--

Im Falle der Gewährung eines Stipendiums verpflichte ich mich nach Erlangung der ärztlichen Approbation die fachärztliche Weiterbildung gem. Nr. 4a der Richtlinie im Landkreis Hersfeld-Rotenburg durchzuführen und anschließend für

vier Jahre

im Gesundheitsamt des Landkreises Hersfeld-Rotenburg tätig zu sein.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Verpflichtungserklärung

Name, Vorname	
---------------	--

Anschrift	
-----------	--

Im Falle der Gewährung eines Stipendiums verpflichte ich mich nach Erlangung der ärztlichen Approbation die fachärztliche Weiterbildung gem. Nr. 4a der Richtlinie im Landkreis Hersfeld-Rotenburg durchzuführen und anschließend für

vier Jahre

an der vertragsärztlichen Versorgung im Landkreis Hersfeld-Rotenburg teilzunehmen.

Folgendes Fachgebiet wird angestrebt: _____

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in