

**A5** **Freiwillige Teilnahme am Modellstudiengang**  
*Voluntary participation in the Modellstudiengang*

**Nur im Falle der Zulassung zum Studium der Humanmedizin auszufüllen!**  
*This part can only be filled in, if you have received notification of admission!*

**Anlage 1**

**zu § 3 Abs. 2 S. 2 der Studienordnung des Modellstudiengangs Medizin  
der Charité – Universitätsmedizin Berlin**

**Bestätigung der freiwilligen Teilnahme am  
Modellstudiengang Humanmedizin der Charité - Universitätsmedizin Berlin  
gemäß § 41 Approbationsordnung für Ärzte/Ärztinnen**

Hiermit bestätige ich,

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_

dass ich freiwillig am Modellstudiengang Humanmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin teilnehme. Ich nehme folgende Umstände zur Kenntnis und bestätige mein Einverständnis damit:

**Die Teilnahme am Modellstudiengang Humanmedizin kann zu einer Einschränkung der Möglichkeiten eines Studienortwechsels führen. Insbesondere kann ein solcher Wechsel mit einer Verlängerung der Studienzeit verbunden sein.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift