

Universität Bremen
Akademie für Weiterbildung
Frau Marlis Glomba
Postfach 33 04 40
28334 Bremen

Fax-Nr.: (0421) 218 - 98 61 62 2

Antrag auf Zulassung

Hiermit melde ich mich unter Anerkennung der Teilnahmebedingungen der Akademie für Weiterbildung verbindlich an für den

Weiterbildenden Masterstudiengang „Palliative Care“

Herr Frau

Vorname: _____ Nachname: _____

Geb.-Datum: _____ Geb.-Ort: _____

Straße: _____ Telefon privat: _____

PLZ / Ort: _____ Telefon dienst.: _____

eMail: _____ Fax: _____

Nachweise:

1) Studienabschluss*: _____ mit _____ CP*

2) Nachweis von mind. einem Jahr Berufstätigkeit*: _____

3) Deutschkenntnisse, die die für die Universität Bremen allgemein geltenden Voraussetzungen bezüglich deutscher Sprachkenntnisse gemäß der „Ordnung über den Nachweis deutscher Sprachkenntnisse an der Universität Bremen“ vom 25. Januar 2012 in der jeweils geltenden Fassung erfüllen. Die Nachweispflicht entfällt für Bewerberinnen/Bewerber, die ihre Hochschulzugangsberechtigung oder ihren vorhergehenden Hochschulabschluss an einer deutschsprachigen Einrichtung erworben haben.*

***Unterlagen zum Nachweis der Zugangsvoraussetzungen sind beigelegt.**

Auf die Weiterbildung bin ich aufmerksam geworden durch: _____

Datum

Unterschrift

Anlage(n)