

Erklärung verantwortliche/r Betreuer*in² über Sprachkenntnisse gem. § 7 Abs. 2 Nr. 7 PromO Dr. med. /Dr. med. dent.³

ANLAGE C zum Antrag Dr. med. /Dr. med. dent.
nebst ggfs. erforderlicher Nachweise

Die/Der verantwortliche/r Betreuer*in	
Frau/Herr Titel Name, Vorname(n): ¹	
Einrichtung und Angabe Klinik/Institut/Abteilung: ¹	

bestätigt die Sprachkenntnisse der/des folgenden Antragsteller*in auf Annahme als Doktorand*in.

Titel Name, Vorname(n): ¹	
Geburtsname, wenn abweichend:	
Geburtsdatum: ¹	
Geburtsort: ¹	
Ein Nachweis gem. § 7 Abs. 2 Nr. 7 PromO Dr. med. /Dr. med. dent. über ausreichende Kenntnisse der <u>deutschen</u> Sprache ist erforderlich (bitte ankreuzen). ¹	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ein Nachweis gem. § 7 Abs. 2 Nr. 7 PromO über ausreichende Kenntnisse der <u>englischen</u> Sprache ist erforderlich (bitte ankreuzen). ¹	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Ort, Datum

Unterschrift verantwortliche Betreuer*in

¹ Pflichtfeld

² Verantwortliche/r Betreuer*in : gemäß § 4 Abs. 1 und 2 i.V. mit § 3 Abs. 1 oder 2 PromO Dr. med./Dr. med. dent.

³ Vgl. § 7 Abs. 2 Nr. 7: Nachweis über ausreichende Kenntnisse der deutschen und englischen Sprache (Allgemeinsprache mindestens Niveaustufe B2 des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen und Medizin Fachsprache Niveaustufe C1 des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen).