



DANUBE PRIVATE UNIVERSITY  
Fakultät Medizin/Zahnmedizin

Danube Private University (DPU)  
Steiner Landstraße 124  
3500 Krems-Stein  
Österreich  
Fax: 0043 2732 70478 7060

**Anmeldeformular zur Zulassung zum Studiengang  
Bachelor Dental Hygiene (BA)**

Beginn SS20 bzw. WS 2020/21

Anrede, Vorname, Name: _____
Staatsangehörigkeit: _____
geboren am/Geburtsort: _____
Straße/Hausnummer: _____
PLZ/Wohnort: _____
Telefon/Fax: _____
E-Mail: _____

<input type="checkbox"/> Reifezeugnis (Anlage: beglaubigter Kopie) bzw. <input type="checkbox"/> Ansuchen um die Zulassung zur Studienberechtigungsprüfung* _____
Abgeschlossene Berufsausbildung/Abschlussdatum: _____
Beschäftigt bei: _____ _____
<b>Weitere Anlagen:</b> <input type="checkbox"/> Lebenslauf mit Passfoto <input type="checkbox"/> Beglaubigtes Zeugnis über die abgeschlossene Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Bescheinigung über eine mindestens dreijährige Tätigkeit im Beruf

Ich bin bereit,

- weitere Unterlagen einzureichen
- die Bearbeitungsgebühr für das Zulassungsverfahren (750 Euro) zu entrichten
- an einem „Studienfähigkeitstest“, einem „Interview“ und einer „praktischen Prüfung“ an der DPU vor der Zulassungskommission teilzunehmen.
- mich der Studienberechtigungsprüfung der Danube Private University zu unterziehen\*.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Studienbewerber(in)

\*gilt ausschließlich für BewerberInnen ohne Matura/Abitur

