



Qualifikationsnachweis (Rechtsgrundlage: Österreichisches Universitätsgesetz 2002)

Hinweise zum Ausfüllen:

- **auszufüllen von einer nicht-österreichischen, staatlich anerkannten postsekundären Bildungseinrichtung (Universität, Fachhochschule)**

- **Studium:** die Angabe der Fakultät/ des Institutes ist nicht ausreichend. Das Studium muss eindeutig benannt werden, so wie es an Ihrer Universität angeboten wird.

- **Außerordentlicher/ Irregulärer Studierendenstatus:** bei diesem Studierendenstatus wird gleichzeitig bestätigt, dass dieselben Studienrechte bestehen wie für ordentliche/ reguläre Studierende.

| | | |
|--|-----------------------------------|---|
| Hiermit wird bestätigt, dass _____ , (Vor- und Nachname des Studierenden/ Bewerbers) | | |
| geboren am _____ , ALLE Zulassungsvoraussetzungen an der _____ (Name der nicht-österreichischen Universität) | | |
| für das | Bachelor <input type="checkbox"/> | Master <input type="checkbox"/> Doktorat <input type="checkbox"/> |
| Studium: _____ | | |
| erfüllt und sich im akademischen Jahr 2021/22 <input type="checkbox"/> bzw Sommersemester 2022 <input type="checkbox"/> | | |
| als ordentliche/r <input type="checkbox"/> / reguläre/r <input type="checkbox"/> / außerordentliche/r <input type="checkbox"/> / irreguläre/r <input type="checkbox"/> | | |
| Studierende/r einschreiben kann. | | |
| Die Regelstudienzeit für dieses Studium beträgt _____ Semester <input type="checkbox"/> / Jahre <input type="checkbox"/> . | | |
| Für dieses Studium gibt es ein Aufnahme- bez Auswahlverfahren: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | | |
| Falls ja: Das Aufnahmeverfahren wurde positiv absolviert: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | | |
| oder: Der/Die Studierende wurde vom Aufnahmeverfahren befreit ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | | |
| _____ | _____ | _____ |
| (Datum) | (Stempel der Universität) | (Unterschrift der/ des Universitätsberechtigten) |

Kontaktdaten der Universität (Bitte in Blockschrift ausfüllen):

| | |
|--|--|
| Name und Funktion des/der Unterzeichner/in: | |
| Universitätsanschrift: | |
| Email: | |
| Telefon: | |

Anmerkung:

Wir behalten uns vor, diese Bescheinigung zum Zwecke der Echtheitsüberprüfung an Ihrer Universität stichprobenartig verifizieren zu lassen.