

Absender

---

---

---

---

An den Prüfungsausschuss  
Masterstudiengang „Digitale Dentaltechnologie“  
Universitätsmedizin Greifswald

**Antrag auf Zulassung zum Masterstudium in „Digitale Dentaltechnologie“ für  
Berufsqualifizierte**

Gemäß § 6 Absatz 1 der Studien- und Prüfungsordnung des Masterstudiengangs „Digitale Dentaltechnologie“ steht das Weiterbildungsstudium gemäß § 31 Absatz 2 LHG M-V auch Bewerbern offen, die die für eine Teilnahme erforderliche Eignung im Beruf erworben haben. Hierfür bedarf es eines qualifizierten Abschlusses auf dem Gebiet der Dentaltechnologie oder Zahntechnik sowie mehrjähriger Berufserfahrung mit dem Nachweis der Fortbildung und nachgewiesener Mitarbeit bei ausgewiesenen Projekten in dentaler Technologie oder besonderen Erfahrungen in der Lehre. Über die Zulassung entscheidet der Prüfungsausschuss.

Gemäß beiliegender Nachweise/Dokumente, habe ich folgende(n)  
Berufsabschluss/abschlüsse:

Ausbildung	begonnen	abgeschlossen

Darüber hinaus habe ich gemäß beiliegender Nachweise/Dokumente folgende Leistungen durch Fortbildungen oder Mitarbeit bei Projekten erbracht oder Erfahrungen in der Lehre erworben:

Leistungen/ Erfahrungen	Zeitraum	Zutreffendes		
		Fort- bildung	Projekt- mitarbeit	Lehre

(Weitere Angaben bitte auf einem extra Blatt)

Ich bitte den Prüfungsausschuss um Prüfung meiner Unterlagen und um Anerkennung meiner Vorleistungen zur Aufnahme in den Masterstudiengang „Digitale Dentaltechnologie“.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift