

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Name:

Adresse:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Ich erkläre mich dazu bereit, am 01.03.2025 bei der MedAT-Testsimulation in Klagenfurt teilzunehmen und beim MedAT in Graz anzutreten. Die Testsimulation steht in keinem Zusammenhang mit dem MedAT und hat keinen Einfluss auf die Reihung der Aufnahmeergebnisse.

Im Falle, dass ich beim MedAT nicht in Graz antrete oder mich von der Liste für einen gewidmeten Studienplatz streichen lasse, erstatte ich dem Kärntner Gesundheitsfonds die Kosten für die Testsimulation in der Höhe von EUR 45 vollständig zurück.

Weiteres stimme ich der Verarbeitung meiner Daten durch den Kärntner Gesundheitsfonds und die Weitergabe dieser an die Medizinische Universität Graz zu. Die Daten werden ausschließlich zum Zweck der Vergabe der Studienplätze im Rahmen der „Sonderquote“ gemäß § 71c Abs. 5a UG 2002 verarbeitet. Die Einwilligung zur Datenverarbeitung kann jederzeit widerrufen werden. In diesem Fall erfolgt die Streichung aus der Liste der Anwärter:innen für einen gewidmeten Studienplatz gemäß § 71c Abs. 5a UG 2002.

Datum:

Unterschrift: