

**Antrag auf Gewährung einer Förderung
im Rahmen des Förderprogramms für Zahnmedizinstudierende
an deutschen Hochschulen im Jahr 2024 („Zahni-Stipendium 2024“)**

gemäß § 105 Abs. 1a SGB V i.V.m. Förderrichtlinie-Strukturfonds der KZV LSA i.d.F.v. 26.11.2021

Angaben zum/-r Antragsteller/-in

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Privatanschrift: _____

Für Rückfragen

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Angaben zum Zahnmedizinstudium

Studienort: _____

Datum der Immatrikulation: _____

Akt. Hochschulsesemester: _____

Akt. Fachsemester: _____

Beantragung

Beantragt wird eine Förderung für das Zahnmedizinstudium an einer deutschen Hochschule nach Maßgabe des § 105 Abs. 1a SGB V i.V.m. Förderrichtlinie-Strukturfonds der KZV LSA i.d.F.v. 26.11.2021 im Rahmen des KZV-Förderprogramms „Zahni-Stipendium 2024“ vom 25.10.2023.

Die Zahlung der Förderung soll auf folgendes Konto erfolgen:

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Folgende Unterlagen sind dem Antrag beigelegt (bitte ankreuzen)

- Motivationsschreiben (bitte darlegen, warum Sie Zahnärztin/Zahnarzt und warum Sie später in Sachsen-Anhalt tätig werden wollen)
- Nachweis über das Bestehen der Zahnärztlichen Vorprüfung bzw. des Ersten Abschnitts der Zahnärztlichen Prüfung
- tabellarischer Lebenslauf
- aktuelle Immatrikulationsbescheinigung
- Anlage A (Erklärung des/-r Antragstellers/-in)
- Anlage B (Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung)
- sofern Unterbrechungen/Verzögerungen/Urlaubssemester des Studiums erfolgt sind: ein lückenloser zeitlicher Überblick über den bisherigen Ablauf des Zahnmedizinstudiums, ggf. mit Erläuterungen

Eine Bearbeitung des Antrags kann erst nach Einreichung aller o.g. Unterlagen erfolgen!

Ort, Datum

Unterschrift des/-r Antragstellers/-in

Anlage A

Erklärung des/-r Antragstellers/-in

gemäß Förderprogramm für Zahnmedizinstudierende an deutschen Hochschulen der KZV LSA („Zahni-Stipendium 2024“) vom 25.10.2023

Antragsteller/-in

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Hiermit erkläre ich, dass ich

- die Ausschreibung zum Förderprogramm „Zahni-Stipendium 2024“ der KZV LSA zur Kenntnis genommen habe.
- bereit bin, in einem persönlichen Gespräch mit den zuständigen Mitarbeitern/-innen der KZV LSA meine Beweggründe und Motivation zur Aufnahme einer Tätigkeit im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt nach Beendigung des Studiums darzulegen.
- beabsichtige, das Studium gewissenhaft und unter nachzuweisender Ablegung der entsprechenden Prüfungen in der Regelstudienzeit durchzuführen.
- bei Bewilligung der Förderung alle Umstände, die zum Wegfall oder zur Änderung der Förderung führen, insbesondere das endgültige Nichtbestehen von Prüfungen, den Abbruch des Studiums, das Erreichen des Regelstudienzeitendes sowie Unterbrechungen, unverzüglich der KZV LSA mitteilen werde.
- bei Bewilligung der Förderung mich dazu verpflichte, nach Abschluss des Zahnmedizinstudiums für die Dauer der Vorbereitungszeit mit einer Vollzeitanstellung (mind. 30 Wochenstunden) als Vorbereitungsassistent/-in im Rahmen des Vorbereitungsdienstes an der vertragszahnärztlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt teilzunehmen.

Ort, Datum

Unterschrift des/-r Antragstellers/-in

Anlage B

Einwilligung zur Datenverarbeitung

Antragsteller/-in

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Privatanschrift: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Ort des Erwerbs der Hochschulzugangsberechtigung: _____

Jahr des Erwerbs der Hochschulzugangsberechtigung: _____

Jahr der Immatrikulation: _____

Studienort: _____

Ich bin einverstanden, dass die KZV LSA meine o.g. personenbezogenen Daten zum Zwecke der Werbung, der Markt- oder Meinungsforschung sowie für statistische Zwecke speichern und verarbeiten darf. Die KZV LSA darf mich zu Neuigkeiten sowie Fördermöglichkeiten der KZV LSA per Telefon, per Post oder per E-Mail kontaktieren und beraten. Rechtsgrundlage ist Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a DS-GVO.

Meine personenbezogenen Daten werden vertraulich behandelt und nicht unberechtigt an Dritte weitergegeben. Eine Übermittlung erfolgt nur dann an Dritte, soweit dies gesetzlich erlaubt ist oder ich zuvor in die Datenübermittlung eingewilligt habe.

Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Durch die Nichterteilung oder den Widerruf einer Einwilligung entstehen keine Nachteile. Das Widerrufsrecht kann ich gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt, Doctor-Eisenbart-Ring 1, 39120 Magdeburg ausüben.

Ja, ich bin einverstanden

Nein, ich bin nicht einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des/-r Antragstellers/-in