**SMP 2020/2021**

**Name, Vorname:**

**Zielland:**

**Tatsächlicher Aufenthaltszeitraum (ohne Quarantänezeit):**

**Zeitraum der Quarantäne:**

**Gesamtzeitraum (Quarantänezeit + Praktikum):**

**Grund:** Ausbreitung der Corona-Infektion und einhergehende Schutzmaßnahmen

**Eidesstattliche Erklärung**

Hiermit bestätige ich, Vorname Nachname, geb. am tt.mm.jjjj, dass ich vor Beginn meines tatsächlichen Aufenthalts eine Quarantänezeit von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ im Zielland ableisten muss.

Die Quarantänepflicht ist (kein Nachweis erforderlich):

eine Behördliche Anordnung

ein Einreisehinweis des Gastlandes

von einem Arzt verschrieben worden

von meiner Praktikumsstelle angeordnet worden

Sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich beantrage hiermit die finanzielle Förderung dieser Zeit und Berücksichtigung bei der Berechnung meines Gesamtstipendiums.

Mir ist bewusst, dass die Quarantänezeit, wie auch mein Praktikumszeitraum, von meinem Förderkontingent abgezogen wird.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Ich nehme zur Kenntnis, dass im Falle von falschen Angaben das Stipendium ganz oder teilweise zurückgefordert wird.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift |