**Forschungskommission Medizin – Promotionsstipendium „Lübecker Exzellenzmedizin“**

|  |
| --- |
|  |

Name, Vorname(n) Antragsteller\*in Aktenzeichen

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Betreuende\*r Hochschullehrer\*in Klinik / Institut

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Ggf. zusätzliche\*r Betreuer\*in Klinik / Institut

**1. Titel bzw. Thema der Promotionsarbeit:**

|  |
| --- |
|  |

**2. Projektbeschreibung** (insgesamt bitte maximal 1.500 Wörter)

**Stand der Forschung**

|  |
| --- |
|  |

**Vorleistungen der Betreuerin\*des Betreuers**

|  |
| --- |
|  |

**Ziele**

|  |
| --- |
|  |

**Arbeitsprogramm** (inkl. Zeitplan)

|  |
| --- |
|  |

**3. Projektspezifische Publikationen der\*des Betreuers\*in der letzten 5 Jahre**

|  |
| --- |
|  |

**4. Angaben zum\*zur Antragsteller\*in**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Foto |

Name, Vorname(n) Geburtsdatum Geburtsort

**Anschrift, unter der Sie ständig erreichbar sind**

|  |
| --- |
|  |

Adresse (Straße, PZL, Ort, Land)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Email Telefon

**Beantragtes Freisemester:** [ ]  WiSe [ ]  SoSe Jahr:

 [ ]  WiSe [ ]  SoSe Jahr:

**Hochschulreife**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

Art Jahr Ort Durchschnittsnote

**Bisheriges Studium**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

von bis an (Name & Ort) Abschluss/Note

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

von bis an (Name & Ort) Abschluss/Note

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

von bis an (Name & Ort) Abschluss/Note

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

von bis an (Name & Ort) Abschluss/Note

**Lebenslauf**

|  |
| --- |
|  |

**Weitere Qualifikationen**

|  |
| --- |
|  |

**5. Angaben zum\*zur betreuenden Hochschullehrer\*in**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Name, Vorname(n) Geburtsdatum Geburtsort

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Email Telefon

**Wissenschaftlicher Werdegang**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| von | bis | an (Name & Ort) | Abschluss |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Betreute Doktoranden, Bachelor-, Master´s-Studenten der vergangenen 5 Jahre**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name | Titel | Jahr | Note |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**6. Ggf Angaben zum\*zur zusätzlichen betreuenden Hochschullehrer\*in**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Name, Vorname(n) Geburtsdatum Geburtsort

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Email Telefon

**Wissenschaftlicher Werdegang**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| von | bis | an (Name & Ort) | Abschluss |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Betreute Doktoranden, Bachelor-, Master´s-Studenten der vergangenen 5 Jahre**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name | Titel | Jahr | Note |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Mir ist bekannt, dass eine Förderung im Rahmen des Promotionsstipendienprogramms *Lübecker Exzellenzmedizin* aus rechtlichen Gründen nicht möglich ist, wenn gleichzeitig ein Beschäftigungsverhältnis mit der Universität zu Lübeck besteht. Ich versichere daher, dass für den beantragten Förderzeitraum kein Beschäftigungsverhältnis mit der Universität zu Lübeck besteht bzw. geplant ist.



\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Antragsteller\*in



\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Betreuer \* in



\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Ggf. zusätzlicher \* e Unterschrift Betreuer \* in