An die

Fakultät für Medizin der

Universität Regensburg

Promotionskommission

Dr.med./Dr.med.dent.

-Geschäftsstelle-

Universitätsklinikum Regensburg

Gebäude H 5

Franz-Josef-Strauß-Allee 11

93053 Regensburg

Absender:

…………………………………………..

……………………………………………

…………………………………………….

**Anmeldung einer wissenschaftlichen Arbeit zum Erwerb des Grades**

**Dr. med.**  **Dr. med. dent.**

**und Aufnahmeantrag Graduiertenschule**

Formular Anmeldung wissArbeit v4.0 20.1204.docx

Hiermit melde ich die Aufnahme einer wissenschaftlichen Arbeit zum Zweck einer Promotion an.

Der Anmeldung habe ich folgende Unterlagen im Original beigefügt:

Doktoranden-Betreuungsvereinbarung

Lebenslauf

Formblatt Projektskizze

Die Selbstregistrierung als Doktorand bzw. Doktorandin an der Universität Regensburg zur Erfassung für die Hochschulstatistik (siehe nachfolgenden Link bzw. Barcode) wurde durchgeführt. Ein schriftlicher Nachweis (Ausdruck) ist nicht erforderlich.

<https://campusportal.uni-regensburg.de/qisserver/pages/cs/sys/portal/hisinoneStartPage.faces?page=Doktorandinnen/Doktoranden>



|  |  |
| --- | --- |
|  | -> **Noch nie an UR?**: Selbstregistrierung durchführen, dann als Doktorand/-in registrieren;  -> **Vorher/aktuell eingeschrieben**: Registrierung als Doktorand mit Account). |

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

**Anmeldeformular für wissenschaftliche Arbeiten Dr.med./Dr.med.dent.**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Persönliche Daten des Kandidaten / der Kandidatin*** | |
| **Name, Vorname** |  |
| **Geburtsdatum und -ort** |  |
| **Privatadresse** | Strasse  Postleitzahl und Ort |
| **Telefon** | dienstl.:  privat: |
| **Email** | stud./dienstl.:      @  privat:       @      (*optional*)  (bevorzugte bitte ankreuzen) |
| ***Angaben zum Studium und Studienabschluss*** | |
| **Studiengang** | Bezeichnung        Hochschule, Ort |
| **Studium bereits abgeschlossen** | ja, am        nein, der Abschluss erfolgt voraussichtlich |

|  |  |
| --- | --- |
| **Finanzierung** | . **Keine**  . Erfolgt in Höhe von       EUR ab       durch:  **................................................................................**  **Für** **Monate** |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Angaben zur Promotionsarbeit*** | |
| **Fachrichtung der Promotion** | Humanmedizin  Zahnmedizin |
| **Datum des Promotionsbeginns** |  |
| ***Angaben zum betreuenden Hochschullehrer (Doktormutter/-vater und ggf. 1. Mentor)*** | |
| **Titel, Name, Vorname**  **Akademischer Grad** | (z.B. Dr. rer.nat., Dr. med., PhD) |
| **Lehrbefugnis im Fach** |  |
| **Einrichtung/Fakultät/Institut/Lehrstuhl** |  |
| **Telefon** |  |
| **Email** |  |
| **Straße, Hausnr.** |  |
| **Postleitzahl und Ort** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Mentorat (nur bei strukturierter Promotion)*** | |
| **2. Mentor** | |
| Name, Vorname |  |
| Lehrbefugnis im Fach  Akademischer Grad | (z.B. Dr. rer. nat., Dr. med., Ph.D.) |
| Einrichtung / Institut /  Lehrstuhl |  |
| Strasse, Hausnr. |  |
| Postleitzahl u. Ort |  |
| Telefon |  |
| **3. Mentor** | |
| Name, Vorname |  |
| Lehrbefugnis im Fach  Akademischer Grad | (z.B. Dr. rer. nat., Dr. med., Ph.D.) |
| Einrichtung / Institut /  Lehrstuhl |  |
| Strasse, Hausnr. |  |
| Postleitzahl u. Ort |  |
| Telefon |  |
| **Raum für zusätzliche Angaben und Bemerkungen** | |
|  | |

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass von mir an keiner anderen Hochschule eine Annahme als Doktorand oder die Eröffnung eines Promotionsverfahrens beantragt wurde.

Weiterhin erkläre ich, dass mir die Promotionsordnung “Dr.med./Dr. med.dent.“ bekannt ist.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis zur Verarbeitung und Speicherung meiner Daten. Mir wurden nach Maßgabe des Art. 13 DSGVO die Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitungen mitgeteilt. Sofern die Rechtsgrundlage in der Datenschutzerklärung nicht genannt wird, gilt Folgendes: Die Rechtsgrundlage für die Einholung von Einwilligungen ist Art. 6 Abs. 1 lit. a und Art. 7 DSGVO, die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Durchführung des Promotionsverfahrens sowie Beantwortung von Anfragen ist Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO, die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung zur Erfüllung unserer rechtlichen Verpflichtungen ist Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO, und die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung zur Wahrung unserer berechtigten Interessen ist Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO.

Verantwortung und Ansprechpartner

Verantwortlicher gem. Art. 4 Abs. 7 EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) ist der Präsident der Universität Regensburg:

Universität Regensburg

93040 Regensburg

kontakt@ur.de.

Mein Ansprechpartner ist der Behördliche Datenschutzbeauftragte der Universität Regensburg:

Universität Regensburg

Der Datenschutzbeauftragte

93040 Regensburg

datenschutzbeauftragter@ur.de

https://www.uni-regensburg.de/universitaet/datenschutzbeauftragte

Regensburg, den       Unterschrift

Eingangsvermerk Fakultät für Medizin

Ort, Datum Unterschrift Stempel