

An den Dekan der Fakultät für Medizin der Universität Regensburg Franz-Josef-Strauß-Allee 11 93053 Regensburg	Absender: <hr/> <hr/> <hr/>
--	--------------------------------

ANTRAG AUF ZULASSUNG ZUR PROMOTION
Ausnahmegenehmigung gemäß § 6 Abs. 7
der Promotionsordnung für die Fakultät für Medizin der Universität Regensburg

Doktor der Medizin (Dr. med.) *)

Doktor der Zahnheilkunde (Dr. med. dent.) *)

*)Nicht Zutreffendes bitte streichen

Gemäß § 6 Abs. 7 PromO kann eine wissenschaftliche Originalarbeit unter Erstautorenschaft des Bewerbers eingereicht werden.

Hiermit stelle ich den Antrag auf Zulassung gemäß § 6 Abs. 7 PromO.

Folgende Unterlagen habe ich beigelegt: (urschriftlich oder beglaubigte Abschrift)

- Lebenslauf
- Zeugnis über abgeschlossenes Studium der Medizin/Zahnheilkunde (§ 3 Abs. 1, 2 PromO)
- Nachweis über ein mindestens einjähriges Studium oder eine einjährige wissenschaftliche Arbeit an der Universität Regensburg (§ 3 Abs. 5 PromO)
- Publierte Arbeit und eine deutsche Zusammenfassung im Sinne des § 6 Abs. 7 PromO als druckfertiges Manuskript (DIN A4, gebunden, Titelblatt gem. Vorlage)
in dreifacher Ausfertigung
- Schriftliche Erläuterung des Doktorvaters über die Arbeitsleistung des Doktoranden an der vorliegenden Publikation
- Angabe des Impact-Factors anhand Ausdruck, maßgeblich vor allem bei geteilter Erstautorenschaft
- Amtliches Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 BZRG nach Belegart „0“ (Verwendungszweck: Promotion; adressiert an o.g. Anschrift) beantragt
- Nachweis über Teilnahme an den Lehrveranstaltungen zur Guten Wissenschaftlichen Praxis (§3 Abs. 6)

Antragsteller/in:

Familienname _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Anschrift _____

Telefonnummer _____ E-mail-Adresse: _____

Staatsangehörigkeit _____ Familienstand _____

Beginn der Arbeit: _____ Anmeldung am: _____

Titel der Dissertation:

Bitte geben Sie die Kontaktdaten Ihres Betreuers an:

Titel, Vorname, Name: _____

Einrichtung/Fakultät/
Institut/Lehrstuhl: _____

Adresse: _____

Email: _____

Ich bin mir bewusst, dass falsche oder unvollständige Angaben bei der Meldung zu dieser Prüfung den sofortigen Ausschluss von der Prüfung zur Folge haben.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Vom Betreuer auszufüllen

Als Zweitgutachter schlage ich vor

Prof. Dr. / PD Dr. _____

Regensburg, _____

(Unterschrift des Betreuers)

Anlage 1

ERKLÄRUNG nach § 3 Abs. 3 und 4 PromO

Ich erkläre,

-dass ich den Doktorgrad der Medizin / Zahnheilkunde* nicht schon an einer Hochschule der Bundesrepublik Deutschland erworben habe

-das ich nicht an anderer Stelle zu einem Promotionsverfahren zum Erwerb des medizinischen / zahnmedizinischen Doktorgrades* zugelassen bin

-dass ich die medizinische / zahnmedizinische Doktorprüfung* nicht schon an einer Hochschule der Bundesrepublik Deutschland endgültig nicht bestanden habe

Außerdem erkläre ich,

-dass mir keine Tatsachen bekannt sind, die mich zur Führung eines akademischen Grades im Sinne des Gesetzes über die Führung akademischer Grade unwürdig erscheinen lassen

- dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet. Insbesondere habe ich nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- bzw. Beratungsdiensten (Promotionsberater oder andere Personen) in Anspruch genommen. Niemand hat von mir unmittelbar oder mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeit erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen. Die Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

*)Nicht Zutreffendes bitte streichen

(Ort, Datum)

(Unterschrift)