**Anlage 8**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | uni_med_schwarz60 | |
|  |
| Universität Leipzig, Medizinische Fakultät, Liebigstraße 27, 04103 Leipzig | |  |

Annahmedatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(wird vom RAA ausgefüllt)

**Antrag auf Eintragung, Verlängerung der Eintragung oder Wiederaufnahme in die Doktorandenliste der Medizinischen Fakultät**

□ Antrag auf erstmalige Eintragung □ Verlängerungsantrag

□ Antrag auf Wiederaufnahme nach Löschung

Name: Vorname: □ m □ w

Geburtsdatum: Staatsangehörigkeit:

E-Mail:

Telefon:

Wohnanschrift:

Studienfach, das zur Promotion berechtigt: Medizin / Zahnmedizin / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Universität Name/Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Fachhochschule Name/Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Hochschule Ausland Staat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Art des Hochschulabschlusses (z.B Staatsexamen, Diplom; M.Sc. etc.): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Abschluss: \_\_\_\_ /\_\_\_\_ (Monat / Jahr ) Gesamtnote: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Abschluss noch nicht erfolgt

Erstmalige Einschreibung als Studierender:\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_ (WS oder SS / Jahr)

Name der Hochschule: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Staat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jahr / Art der Hochschulzugangsberechtigung (z. B. Gymnasium): \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kreis/Bundesland oder Staat bei Auslandserwerb

bei aktueller Immatrikulation an der Universität Leipzig:

Matrikelnummer. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Strukturierte Promotionsprogramme bzw. -studiengänge, Graduiertenschulen/-kollegs: Teilnahme □ nein □ geplant ja □ (Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Beschäftigungsverhältnis an der Universität bzw. am UKL: □ ja □ nein

Name der Klinik/des Instituts: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

angestrebter akademischer Grad:

□ *Dr. med.* □ *Dr. med. dent.* □ *Dr. rer. med.* □ *Dr. rer. nat.* □ *Ph.D.*

Betreuer / Ko-Betreuer:

Klinik / Institut:

Ggf. betreuende Partnereinrichtung:

Kooperatives Promotionsverfahren: □ ja □ nein

Wenn ja, mit welcher Institution/ Hochschule etc.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Arbeitsthema:

Art der Dissertation (geplant): □ Monografie □ Publikationspromotion

Promotionsfach: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Der Doktorand plant, die Arbeit bis zum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ auszuführen.

Mit der Annahme als Doktorand verpflichten sich Betreuer und ggf. Ko-Betreuer, für die notwendigen Voraussetzungen zur Durchführung der wissenschaftlichen Arbeit Sorge zu tragen.

Der Doktorand verpflichtet sich, die Arbeit in einem angemessenen Zeitraum auszuführen sowie die nachfolgenden Prinzipien guter wissenschaftlicher Praxis einzuhalten:

1. Neben der fachlichen Kompetenz ist dem Doktoranden eine ethische Grundhaltung beim wissenschaftlichen Arbeiten, beim verantwortungsvollen Umgang mit Ergebnissen und bei der Zusammenarbeit mit anderen Wissenschaftlern zu vermitteln.
2. Der Doktorand hat Anspruch auf regelmäßige wissenschaftliche Betreuung, Beratung und Unterstützung durch den/die Betreuer.
3. Der Doktorand ist verpflichtet
   1. zur Protokollierung und vollständigen Dokumentation sowie Aufbewahrung seiner Forschungsergebnisse,
   2. zu verantwortungsvoller Arbeit und Kollegialität,
   3. zu regelmäßiger Berichterstattung über den Fortgang seiner Forschungsarbeit.
4. In Fragen der wissenschaftlichen Zielsetzung, der Publikation oder Verwertung von Forschungsergebnissen soll sich der Doktorand mit dem/den Betreuer/n abstimmen.

Leipzig, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Doktorand

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

Betreuer/Stempel ggf. Ko-Betreuer/Stempel Einrichtungsleiter/Stempel

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

ggf. Ko-Betreuer in einer ggf. Leiter Partnereinrichtung/

Partnereinrichtung/Stempel Stempel

Der Antrag ist im Referat Akademische Angelegenheiten einzureichen!