

Antrag: Anmeldung der Promotion (Dr.rer.medic.)

Persönliche Daten

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Anschrift:	
E-Mail:	
Telefonnummer:	

Trägerhochschule: <i>(Bitte die Trägerhochschule der Erstbetreuung angeben)</i>	
Erstbetreuung:	
Zweitbetreuung:	
Mentoriat*:	

**hierbei handelt es sich um eine freiwillige Angabe*

Angaben zur Promotion

Teilnahme an einem überfachlichen Qualifikationsprogramm

Nehmen Sie am Promotionsqualifikationsprogramm der FGW teil?

Ja Nein

Dissertationsthema:

Vorherige Promotionsverfahren

Wurden bereits andere Promotionsversuche unternommen?

Ja

Bitte geben Sie schriftlich Auskunft über Ihren bereits erfolgten Promotionsversuch. Holen Sie sich bitte ggf. eine Abmeldebestätigung ihrer früheren Universität ein.

Ja, mehr als einmal

*Eine Ablehnung als Doktorand*in erfolgt, sobald sich der*die Interessent*in mehr als einmal erfolglos einem Promotionsverfahren gestellt hat (§6)*

Nein

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der Angaben und verpflichte mich zudem, etwaige andere Promotionsverfahren, die nach dieser Antragstellung einleite, bzw. eingehe, unverzüglich dem Promotionsausschuss mitzuteilen.

Ort, Datum	
Unterschrift Interessent*in	