

Universität Regensburg

FAKULTÄT FÜR MEDIZIN

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.** **externer Doktorand**

- und Aufnahmeantrag Graduiertenschule**

Hiermit melde ich die Aufnahme einer wissenschaftlichen Arbeit zum Zweck einer Promotion an. **Die Anmeldung erfolgt für alle Doktoranden online.** Hier der Link zur Anmeldung:



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

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

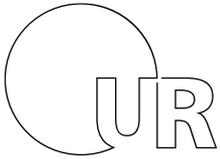
Diesen Antrag geben Sie im Promotionsbüro ab. Die unten aufgeführten Unterlagen laden Sie bitte in SPUR hoch (alle Vorlagen sind auf der Homepage zu finden)

- Doktoranden-Betreuungsvereinbarung
- Lebenslauf
- Formblatt Projektskizze
- Datenschutzerklärung (Seite 5 dieses Antrags)

Bitte beachten Sie, dass die Anmeldung nur bearbeitet werden kann, wenn die Unterlagen vollständig hochgeladen wurden!

Regensburg, den

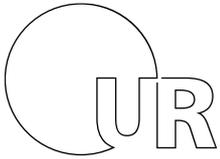
Unterschrift des Antragstellers



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

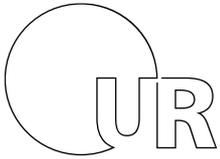
Persönliche Daten des Kandidaten / der Kandidatin	
Name, Vorname	
Geburtsdatum und -ort	
Privatadresse	Strasse Postleitzahl und Ort
Telefon	dienstl.: privat:
Email	stud./dienstl.: <input type="checkbox"/> @ privat: <input type="checkbox"/> @ (optional) (bevorzugte bitte ankreuzen)
Angaben zum Studium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

Finanzierung	<input type="checkbox"/> Keine
	<input type="checkbox"/> Erfolgt in Höhe von EUR ab durch:
	Für Monate

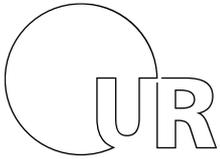


Angaben zur Promotionsarbeit	
Fachrichtung der Promotion	<input type="checkbox"/> Humanmedizin <input type="checkbox"/> Zahnmedizin
Datum des Promotionsbeginns	
Angaben zum betreuenden Hochschullehrer (Doktormutter/-vater und ggf. 1. Mentor)	
Titel, Name, Vorname Akademischer Grad	(z.B. Dr. rer.nat.,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

Mentorat (nur bei Graduiertenschule auszufüllen)	
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	



Universität Regensburg

FAKULTÄT FÜR MEDIZIN

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 des Antragstellers