

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.**
- und Aufnahmeantrag Graduiertenschule**

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

Der Anmeldung habe ich folgende Unterlagen im Original beigelegt:

- 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.**

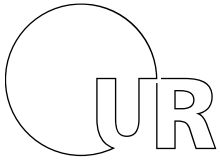
<https://campusportal.uni-regensburg.de/qisserver/pages/cs/sys/portal/hisinoneStartPage.faces?page=Doktorandinnen/Doktoranden>



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

Regensburg, den

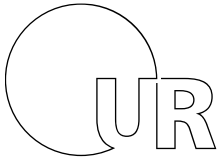
Unterschrift des Antragstellers



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

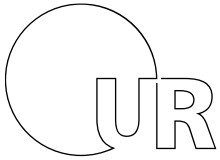
<b>Persönliche Daten des Kandidaten / der Kandidatin</b>	
<b>Name, Vorname</b>	
<b>Geburtsdatum und -ort</b>	
<b>Privatadresse</b>	Strasse  Postleitzahl und Ort
<b>Telefon</b>	dienstl.:  privat:
<b>Email</b>	stud./dienstl.: <input type="checkbox"/> @  privat: <input type="checkbox"/> @ (optional) (bevorzugte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

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

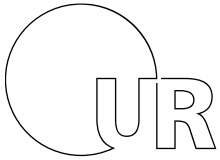


<b>Angaben zur Promotionsarbeit</b>	
<b>Fachrichtung der Promotion</b>	<input type="checkbox"/> Humanmedizin <input type="checkbox"/> Zahnmedizin
<b>Datum des Promotionsbeginns</b>	
<b>Angaben zum betreuenden Hochschullehrer (Doktormutter/-vater und ggf. 1. Mentor)</b>	
<b>Titel, Name, Vorname Akademischer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

<b>Mentorat (nur bei strukturierter Promotion)</b>	
<b>2. Mentor</b>	
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	



<b>3. Mentor</b>	
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	
<b>Raum für zusätzliche Angaben und Bemerkungen</b>	



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**