

Antrag geprüft: \_\_\_\_\_  
 Annahme: \_\_\_\_\_  
 Promotionsverfahren eröffnet: \_\_\_\_\_  
 Promotionsdatum: \_\_\_\_\_  
 Reg.-Nr.: \_\_\_\_\_

An den  
 Promotionsausschuss Dr. med./Dr. med. dent.  
 Albert-Ludwigs-Universität Freiburg  
 Dekanat der Medizinischen Fakultät  
 Breisacher Str. 153  
 79110 Freiburg im Breisgau

## Antrag auf Annahme als Doktorand\*in nach der Promotionsordnung der Medizinischen Fakultät für den Dr. med./Dr.med. dent. vom 08.12.2020 gültig ab 01.04.2021

*Reichen Sie den Antrag nebst allen erforderlichen Anlagen nur vollständig ein. Unvollständige oder unvollständig ausgefüllte Anträge werden nicht bearbeitet, sondern zurückgesendet.*

Angaben zur/zum Antragsteller*in		
Frau/Herr Titel Name, Vorname: <sup>1</sup>		
Geburtsname, wenn abweichend:		
Geburtsdatum: <sup>1</sup>		
Geburtsort: <sup>1</sup>		
<b>Hauptwohnsitz</b>	Straße, Nr.: <sup>1</sup>	
	PLZ, Ort: <sup>1</sup>	
E-Mail: <sup>1</sup>		
Tel.-Nr.: <sup>1</sup>		
<b>Semesteranschrift</b>	Straße, Nr.:	
	PLZ, Ort:	
Bestehende Immatrikulation Universität Freiburg: <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    Matrikelnummer: _____	

**Antrag auf Annahme als Doktorand\*in**  
nach der Promotionsordnung der Medizinischen Fakultät für den  
Dr. med./Dr.med. dent. vom 08.12.2020 gültig ab 01.04.2021

<b>Hiermit beantrage ich gem. § 7 Abs. 1 der Promotionsordnung Dr. med./Dr. med. dent. der Albert-Ludwigs-Universität für die Medizinische Fakultät vom 08.12.2020 (im Folgenden: PromO Dr. med./Dr. med. dent.) die Annahme als Doktorand*in.</b>	
<b>Titel/ Arbeitstitel der Dissertation<sup>1</sup></b>	
<b>Folgende Person hat sich als <u>verantwortliche Betreuer*in</u><sup>2</sup> bereit erklärt, meine Arbeit zu betreuen.</b>	
Frau/Herr Titel Name, Vorname(n): <sup>1</sup>	
Einrichtung und Angabe Klinik/ Institut/Abteilung: <sup>1</sup>	
E-Mail verantwortliche/r Betreuer*in: <sup>1</sup>	
<b>Folgende Person hat sich als <u>Zweitbetreuer*in</u><sup>3</sup> bereit erklärt, meine Arbeit zu betreuen.</b>	
Frau/Herr Titel Name, Vorname(n): <sup>1</sup>	
Einrichtung und Angabe Klinik/ Institut/Abteilung: <sup>1</sup>	
E-Mail Zweitbetreuer*in: <sup>1</sup>	
<b>Mit meinem Promotionsvorhaben strebe ich folgenden Titel/Grad an:<sup>1</sup></b>	
<input type="checkbox"/> Dr. med. <input type="checkbox"/> Dr. med. dent.	

<b>Hiermit erkläre ich,</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>die aktuelle Promotionsordnung für den Dr.med./Dr. med. dent. der Medizinischen Fakultät Freiburg zu kennen.</b>
<input type="checkbox"/>	<b>mein Einverständnis zu der Speicherung und Verarbeitung meiner Daten im Rahmen des Promotionsverfahrens.</b>

<sup>1</sup> Pflichtfeld

<sup>2</sup> Verantwortliche\*r Betreuer\*in: Voraussetzungen gem. § 4 Abs. 2 i.V. mit § 3 Abs. 1 und 2 PromO Dr. med./Dr. med. dent.

<sup>3</sup> Zweitbetreuer\*in: Voraussetzungen gem. § 4 Abs. 3 i.V. mit § 3 Abs. 1 bis 3 der PromO Dr. med./Dr. med. dent.

**Antrag auf Annahme als Doktorand\*in**  
nach der Promotionsordnung der Medizinischen Fakultät für den  
Dr. med./Dr.med. dent. vom 08.12.2020 gültig ab 01.04.2021

Dem Antrag auf Annahme als Doktorand*in sind gem. § 7 PromO Dr. med./Dr. med. dent. beigefügt: (Bitte ordnen Sie die eingereichten Unterlagen entsprechend der Checkliste)	
1 <input type="checkbox"/>	<b>Beglaubigte Kopie des Zeugnisses über die Ärztliche Prüfung (M3) bzw. Zahnärztliche Prüfung zum Nachweis der Voraussetzungen</b> gem. § 5 Abs. 1 PromO Dr. med./Dr.med. dent.; <b>sofern noch nicht vorliegend, beglaubigte Kopie M2-Zeugnis bzw. M1-Zeugnis bzw. Zahnärztliche Vorprüfung</b> gem. § 6 Abs. 1 PromO Dr. med./Dr.med. dent.; <b>oder</b> <b>bei ausländischen Studienabschlüssen: Beglaubigte Kopien der Abschlusszeugnisse (Bachelor- und Masterabschluss) mit Leistungsübersichten in Originalsprache und beglaubigten Übersetzungen ins Deutsche oder Englische sowie beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde, falls vorliegend,</b> gem. § 5 Abs. 2 PromO Dr. med./Dr. med. dent.
<input type="checkbox"/>	<b>Bei studienbegleitender Promotion: aktuelle Immatrikulationsbescheinigung</b> im Studiengang Humanmedizin bzw. Zahnmedizin an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
1 <input type="checkbox"/>	<b>Studienverlaufsbescheinigung</b> der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg als Nachweis der beiden aufeinanderfolgenden Pflichtsemester oder <b>Kopie des (laufenden) Arbeitsvertrages mit dem Universitätsklinikum Freiburg/der Medizinischen Fakultät der Universität Freiburg/ einem Akademischen Lehrkrankenhaus der Universität Freiburg</b> (mindestens ein Jahr) zum Nachweis der wissenschaftlichen Tätigkeit im Bereich der Medizinischen Fakultät im Sinne von § 5 Absatz 3 PromO Dr. med./Dr. med. dent. <b>oder</b> <b>formloser Antrag auf Erlass der Pflichtsemester</b> gem. § 5 Abs. 3 PromO Dr. med./Dr. med. dent.
1 <input type="checkbox"/>	<b>Ein aktueller Lebenslauf (datiert und unterschrieben)</b> mit der Darstellung des persönlichen und beruflichen Werdegangs
1 <input type="checkbox"/>	<b>Falls für das Projekt erforderlich, Kopie des Ethikvotums und/oder der Tierversuchsgenehmigung</b> gem. Angabe der verantwortlichen Betreuerin/ des verantwortlichen Betreuers in der Promotionsvereinbarung
1 <input type="checkbox"/>	<b>Stammdatenblatt (Anlage A)</b>
1 <input type="checkbox"/>	<b>Erklärung über laufende oder vorausgegangene Promotionsgesuche</b> (gem. § 7 Abs. 2 Nr. 6 PromO Dr. med./Dr. med. dent.), ggf. amtliche Kopie eines bereits erworbenen Doktorgrades ( <b>Anlage B</b> )
1 <input type="checkbox"/>	<b>Erklärung der/des verantwortlichen Betreuer*in über Sprachkenntnisse</b> gem. § 7 Abs. 2 PromO Dr. med./Dr. med. dent. ( <b>Anlage C nebst ggfs. erforderlicher Nachweise</b> )
1 <input type="checkbox"/>	<b>Erklärung zu Verstößen von Grundsätzen guter wissenschaftlicher Praxis</b> (gem. § 7 Abs. 2 Nr. 8 PromO Dr. med./Dr. med. dent.) ( <b>Anlage D</b> )
1 <input type="checkbox"/>	<b>Verpflichtung auf das Datengeheimnis</b> (gem. § 6 Landesdatenschutzgesetz Baden-Württemberg, im Folgenden: LDSG BW) ( <b>Anlage E</b> )
1 <input type="checkbox"/>	<b>Unterschriebene und vollständig ausgefüllte Promotionsvereinbarung</b> , gem. § 4 Abs. 7 PromO Dr. med./Dr. med. dent. <b>nebst allen notwendigen Anlagen</b>