|  |
| --- |
| **Antrag auf Umhabilitation**  |
|  |
| **Der Fakultät** | Medizinischen Fakultät |
|  |  |
| **Frau / Herr (Titel, Vor- und Nachname):** | PD Dr. |
| **geb. am:**  |  |
| **Habilitation und Verleihung der Venia** **Legendi für das Fach:** |  |
| **durch Universität / Fakultät:** |  |
| **am:** |  |
|  |  |
| **Wissenschaftlicher Werdegang in Stichworten (max. 20 Zeilen)** |
| **wahrgenommene Lehrverpflichtung** **(Beispiel: SoSe 20xx - xx Stunden*** Vorlesung (Name, Bezeichnung)
* Seminar (Name, Bezeichnung)
* weitere Veranstaltungen ...

*(... usw.***.)** |  |
| **Publikationen sind gemäß der Ausführungsbestimmungen wie folgt anzugeben:** (Vollständige Autorenliste, Titel der Publikation, Name der Zeitschrift, Erscheinungsjahr, Band, Seitenzahlen, DOI und Impaktfaktor) |  |
| **Positive Stellungnahme Fachvertreter\*in der Freiburger Universität:** |  |
| **Positive Stellungnahme der Ständigen Kommission** |  |
| **bei Antragstellenden ohne Dienstverhältnis zur Universität Freiburg / Entfernung mehr als 50 km von Freiburg****Gewährleistung der Lehrverpflichtung (mindestens 2 SWS)** |  |
| **bei Antragstellenden mit Dienstverhältnis zu einem Akademischen Lehrkrankenhaus der Universität) Gewährleistung der Lehrverpflichtung (1 SWS) in Freiburg** |  |

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

(Datum) (Unterschrift Antragsteller\*in)