

**Promotionsvereinbarung Dr. rer. medic.**

Antrag auf Zulassung zum Promotionsverfahren an der Medizinischen Fakultät der CAU zu Kiel

Geplantes Dissertationsthema:

Einzelprojekt     Teil eines Projektes\*    \*Titel des Gesamtprojektes:

Votum Ethikkommission erforderlich:     ja     nein

Tierversuchsgenehmigung erforderlich:     ja     nein

**Persönliche Angaben:**

Geschlecht:     weiblich     männlich

Nachname:

Vorname:

Geb.datum / -ort:

Staatsangehörigkeit:

Straße, PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

Matrikel-Nr.:

Anstellungsvertrag UKSH/CAU:     ja\*     nein    \*falls ja, Einrichtung:

**Angaben zum Studium:**

Hochschulabschluss:

Studienfach:

Hochschule:

**Angaben zur Betreuung:**

Wissenschaftliche\*r Betreuer\*in (Prof./PD):

Einrichtung:

Mitbetreuende\*r Mitarbeiter\*in:

**Die erforderlichen Anlagen habe ich beigefügt (lt. § 3 (3) Promotionsordnung Dr. rer. medic.):**

- Akademischer Lebenslauf, unterschrieben
- Zeugnisse über bestandene Hochschul- und Staatsexamina, beglaubigt
- Kopie Personalausweis oder Reisepass
- Immatrikulationsbescheinigung bzw. Kopie Anstellungsvertrag UKSH, Campus Kiel/CAU/Lehrkrankenhaus
- Exposé zum Promotionsvorhaben (Thema, Zeit- und Arbeitsplan)
- Einverständniserklärung der Einrichtungsleitung über Nutzung der Arbeitsmöglichkeiten
- Verschwiegenheitserklärung

**Erklärung Doktorand\*in**

Hiermit bestätige ich, dass ich an keiner anderen Hochschule eingeschrieben bin und an keiner anderen Fakultät ein Promotionsverfahren beantragt habe. Ich verpflichte mich zur Einschreibung an der CAU zu Kiel von der Anmeldung bis zur Einreichung der Dissertation, sofern kein Anstellungsverhältnis mit dem UKSH-Campus Kiel, der CAU zu Kiel oder einem der akademischen Lehrkrankenhäuser besteht. Ich verpflichte mich zur Einhaltung der Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis und zur Teilnahme an der „**Einführungsveranstaltung Promotion**“. Die Promotionsordnung der Medizinischen Fakultät der CAU zu Kiel ist mir bekannt.

---

**Datum, Unterschrift Doktorand\*in**

**Erklärung Betreuer\*in:**

Hiermit verpflichte ich mich zur kontinuierlichen Betreuung des\*der o.g. Doktorand\*in lt. den Grundsätzen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis und der Promotionsordnung der Fakultät. Ist eine statistische Beratung für die Forschungsarbeit erforderlich, muss die Anmeldung im IMIS spätestens zwei Monate nach Einreichung der Promotionsvereinbarung erfolgen. Eine Beratung kann auch bereits vor Beginn des Forschungsvorhabens in Anspruch genommen werden.

---

**Datum, Stempel der Einrichtung, Unterschrift Betreuer\*in / externe\*r Betreuer\*in**

**Bei externer Betreuung****Erklärung der Leitung der Einrichtung der Medizinischen Fakultät der CAU zu Kiel:**

Es handelt sich um eine Kooperation mit einer externen Einrichtung, die nicht der Medizinischen Fakultät der CAU zu Kiel angehört (Betreuer\*in ist kein hauptamtliches Mitglied).

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass der\*die o.g. Doktorand\*in sein\*ihre Promotionsvorhaben in Kooperation mit unserer Einrichtung durchführt.

---

**Datum, Stempel der Einrichtung, Unterschrift Einrichtungsleitung**