

Promotionsvereinbarung Dr. med./ Dr. med. dent.

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

Dr. med. **Dr. med. dent.**

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 zur Betreuung:

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

Einrichtung:

Mitbetreuende*r Mitarbeiter*in:

Die erforderlichen Anlagen habe ich beigelegt (lt. § 5 (2) Promotionsordnung):

- Einseitige Kurzbeschreibung zum Promotionsvorhaben (Projektskizze)
- Verschwiegenheitserklärung
- Bei Examen im Ausland: Abschlusszeugnisse sowie deutsche/englische Übersetzung, beides beigefügt

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. Im Falle eines Anstellungsvertrages mit dem UKSH, Campus Kiel, der CAU zu Kiel oder einem der akad. Lehrkrankenhäuser verpflichte ich mich zur Einschreibung von mindestens zwei Semestern, sofern ich nicht an der CAU zu Kiel studiert habe. Ich verpflichte mich zum Besuch der „**Einführungsveranstaltung Promotion**“. Die Promotionsordnung der Medizinischen Fakultät der CAU zu Kiel ist mir bekannt.

Die Promotion erfolgt im Rahmen der Berufsvorbereitung und der beruflichen Qualifizierung.

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 Direktion 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*ihr Promotionsvorhaben in Kooperation mit unserer Einrichtung durchführt.

Datum, Stempel der Einrichtung, Unterschrift Direktor*in