# Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

# Medizinische Fakultät

In Kenntnis der Bestimmungen über die Voraussetzungen und Verfahrensweisen zur Habilitation beantrage ich hiermit die Eröffnung eines Habilitationsverfahrens.

|  |  |
| --- | --- |
| **Daten zur Habilitandin bzw. zum Habilitanden** |  |
| Vorname: |  |
| Familienname: |  |
| Geburtsdatum: |  |
| Geburtsort: |  |
| Staatsbürgerschaft: |  |
| Korrespondenzanschrift: |  |
| Telefon: |  |
| E-Mail-Adresse: |  |
| Derzeitiges Beschäftigungsverhältnis: |
| als: |  |
| Anschrift (Einrichtung, PLZ, Ort, Straße): |  |
| Approbation: | Jahr: |  | Ort: |  |
| Promotion: | Jahr: |  | Ort: |  |
| Facharzt bzw. Äquivalent: | Jahr: |  | Ort: |  |
| Fachgebiet: |  |
| Vorhandener akademischer Grad: |  |
| **Daten zum Habilitationsverfahren:** |
| Angestrebter akademischer Grad: |  |
| Venia Legendi für das Fachgebiet: |  |
| Thema der wissenschaftlichen Arbeit: |  |
| Form der Habilitationsschrift: | [ ]  Opus magnum | [ ]  kumulativ |
| Forschungsschwerpunkt: |  |
| Nachweis Didaktik vom: |  |
| Aktiv in der Lehre seit: |  |
| Angabe der eingeworbene Drittmittel: |  |

Ich erkläre, die Angaben wahrheitsgemäß gemacht und die wissenschaftliche Arbeit an keiner anderen wissenschaftlichen Einrichtung zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht zu haben.

Datum: Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin

(Wird von der Medizinischen Fakultät ausgefüllt)

Die gemäß der Habilitationsordnung der Medizinischen Fakultät einzureichenden Unterlagen wurden vollzählig und ordnungsgemäß vorgelegt.

Datum: Unterschrift des Beauftragten/der Beauftragten