# Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg - Medizinische Fakultät

In Kenntnis der Richtlinie der Medizinischen Fakultät zur Verleihung der Bezeichnung außerplanmäßiger Professor/außerplanmäßige Professorin beantrage ich hiermit die Eröffnung des entsprechenden Verfahrens.

|  |  |
| --- | --- |
| **Daten zum Kandidat bzw. zur Kandidatin** |  |
| Vorname: |  |
| Familienname: |  |
| Geburtsdatum: |  |
| Geburtsort: |  |
| Staatsbürgerschaft: |  |
| Korrespondenzanschrift: |  |
| Telefon: |  |
| E-Mail-Adresse: |  |
| Derzeitiges Beschäftigungsverhältnis: |
| als: |  |
| Anschrift (Einrichtung, PLZ, Ort, Straße): |  |
| Approbation: |  |
| Promotion: | Jahr: |  | Ort: |  |
| Facharzt bzw. Äquivalent: | Jahr: |  | Ort: |  |
| Fachgebiet: |  |
| Habilitation: | Jahr: |  | Ort: |  |
| Thema der Habilitationsschrift: |  |
| Vorhandener akademischer Grad: |  |
| Venia Legendi für das Fachgebiet: |  |
|  | Jahr |  | Ort: |  |
| **Daten zum Verfahren:** |
| Forschungsschwerpunkt: |  |
| Nachweis Didaktik-Seminar o.Ä. vom: |  |
| Aktiv in der Lehre seit: |  |
| Angaben zu eingeworbenen Drittmitteln: |  |
| Listenplätze in Berufungsverfahren: |  |
| Vorlage Konzept Forschung/Lehre/Kooperation vom: |  |

Ich erkläre, die Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.

Datum: Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin

(Wird von der Medizinischen Fakultät ausgefüllt!)

Die gemäß der Richtlinie zur Verleihung der Bezeichnung außerplanmäßiger Professor/ außerplanmäßige Professorin an der Medizinischen Fakultät einzureichenden Unterlagen wurden vollzählig und ordnungsgemäß vorgelegt.

Datum: Unterschrift des Beauftragten/der Beauftragten