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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Daten zur Kandidatin bzw. zum Kandidaten** |  | | | | |
| Vorname: |  | | | | |
| Familienname: |  | | | | |
| Geburtsdatum: |  | | | | |
| Geburtsort: |  | | | | |
| Staatsbürgerschaft: |  | | | | |
| Korrespondenzanschrift: |  | | | | |
| Telefon: |  | | | | |
| E-Mail-Adresse: |  | | | | |
| *Derzeitiges Beschäftigungsverhältnis:* | | | | | |
| als: |  | | | | |
| Anschrift (Einrichtung, PLZ, Ort, Straße): |  | | | | |
| Promotion: | Jahr: |  | Ort: |  | |
| Facharzt bzw. Äquivalent: | Jahr: |  | Ort: |  | |
| Habilitation: | Jahr: |  | Ort: |  | |
| Thema der Habilitationsschrift: |  | | | | |
| Venia Legendi für das Fachgebiet: |  | | | | |
| **Daten zur Umhabilitierung:** | | | | | |
| Umhabilitierung für das Fachgebiet: |  | | | | |
| Antrag auf Erweiterung der Venia Legendi: | ja | | | | nein |
| wenn ja, Benennung des Fachgebietes: |  | | | | |
| Aktiv in der Lehre an der Medizinischen Fakultät seit: |  | | | | |

In Kenntnis der Bestimmungen über die Voraussetzungen und Verfahrensweisen zur Umhabilitierung beantrage ich hiermit die Umhabilitierung an die Medizinische Fakultät.

Datum: Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin

Hiermit wird die Sicherstellung des Lehrbedarfs für das o. g. Fachgebiet an der Medizinischen Fakultät bestätigt.

Datum: Unterschrift des Fachvertreters/der Fachvertreterin

(Wird von der Medizinischen Fakultät ausgefüllt)

Die gemäß der Habilitationsordnung und den Durchführungsbestimmungen zur Umhabilitierung der Medizinischen Fakultät einzureichenden Unterlagen wurden vollzählig und ordnungsgemäß vorgelegt.

Datum: Unterschrift des Beauftragten/der Beauftragten