**Antrag**

auf Prüfung der Voraussetzung für das Promotionsbetreuungsrecht\*

(im Rahmen der Bewerbung für das Margarete-von-Wrangell-Programm)

bitte senden an: gleichstellung@med.uni-tuebingen.de

**Antragstellerin:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Titel, Vorname, Name:** |  | **Telefon:** |  |
| **Position:** |  | **Fax:** |  |
| **Klinik/Institut/Abteilung:** |  | **Piepser:** |  |
| **Adresse:** |  | **Email:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum der Promotion:** |  |
| **Art der Promotion:** |  |
| **Note:** |  |
| **Universität:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Zeitraum der beantragten MvW-Förderung:** |  |

------------------------------------ ----------------------------------------------

**Datum**  **Unterschrift der Antragstellerin**

**\*Promotionsbetreuungsrecht:** Recht, Doktorand/innen zur Promotion zu führen. Beteiligung in Prüfungsverfahren und Recht, an Promotionsvorhaben als Betreuerin und Prüferin beteiligt zu sein.

**I.d.R. müssen hierfür mind. 5 Erst- oder Letztautorenschaften vorliegen.**

|  |
| --- |
| **1. Wissenschaftlicher Werdegang/Forschungserfahrung:** (wichtigste Stationen) |
| von – bis | Studium (Abschluss), bzw. wiss./ ärztl. Tätigkeit als …… | Universität / Institut / Klinik, Ort |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **2. Liste der selbst eingeworbenen Drittmittel** (bitte Kopien der Bewilligungsbescheide beifügen): |
| Antragsteller/in | Projekttitel | Geldgeber | Bewillligungs-zeitraum | Bewilligter Betrag (insgesamt / Eigenanteil) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **3. Lehre: Unterrichtete Kurse**  |
| Kursname | Studiengang | Zeitraum | SWS (eigenbetreut) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **4. Bisherige Erfahrungen und Fortbildungen in der Anleitung von Nachwuchswissen-schaftler/-innen und weiterem Personal** |
| Erfahrung/Fortbildung | Zeitraum |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **5. Liste mitbetreuter Doktorandinnen und Doktoranden:**  |
| von – bis | Name Doktorand/in | Thema der Dissertation |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**6. Betreuungskonzept** (falls bereits konkrete Pläne mit einer Doktorandin / einem Doktoranden bestehen, beschreiben Sie bitte hier Ihr Betreuungskonzept (z.B. geplante Gespräche, Anleitung, Austausch, etc.)):

|  |
| --- |
| **7. Teilnahme am Kurs MQ1 oder an anderen Didaktikkursen (bitte MQ1 hier integrieren und Teilnahmebescheinigung bzw. feste Anmeldebestätigung beilegen)** |
| Zeitraum | Kurs |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **8. Akademische Selbstverwaltung (Mitgliedschaft in Gremien der Universität/Fakultät)** |
| Gremium/Kommission | Position | Zeitraum |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

9. **Publikationsliste (siehe Vorlage Habilitationsbüro)**, gegliedert nach Originalarbeiten, Case Reports, Reviewartikeln und Buchartikeln, mit Angabe der Impaktfaktoren. Dort, wo Sie die Erst- oder Letztautorenschaft mit anderen teilen, sollten alle betroffenen Autor/-innen gekennzeichnet werden (z.B. durch Fettschrift und Sternchen mit dem Vermerk „contributed equally“ o.ä.) Bereits vom Verlag akzeptierte Publikationen können ebenfalls angegeben werden, müssen aber als solche kenntlich gemacht werden. **Bitte beachten Sie, dass Sie für die Gewährung des Promotionsbetreuungs-rechts i.d.R. mind. 5 Erst- oder Letztautorenschaften vorweisen müssen.**

10. Eigene **Stellungnahme zur wiss. Eigenständigkeit** bzw. wiss. Alleinstellungsmerkmal, mitunterzeichnet durch Habilitationsbetreuer/-in

Es sollte eine intellektuelle und publikatorische Unabhängigkeit vom Betreuer/der Betreuerin sichtbar sein. (Hintergrund: Von Ihnen betreute Doktorand/-innen sollen die Chance haben, bei angemessenem Eigenbeitrag als Erstautor/-innen publizieren zu können).

11. **Bestätigung der Abteilungs-/bzw. Institutsleitung über die Bereitschaft zur Betreuung des Habilitationsvorhabens** sowie die **verbindliche Zusage,** **dass die Anschlussförderung für zwei Jahre nach der MWK-Förderung übernommen wird** (unterzeichnet durch Abteilungs-/bzw. Institutsleitung, mit offiziellem Briefkopf der Abteilung/des Instituts)

12. Exposé des Habilitationsvorhabens

13. **Schriftliche Auskunft der Personalabteilung über Art und Dauer des derzeitigen Beschäftigungsverhältnisses sowie die max. Dauer Ihrer Weiterbeschäftigung nach dem Wissenschaftszeitvertragsgesetz.** Ein Antrag ist nur möglich, wenn die maximale Dauer Ihrer möglichen Weiterbeschäftigung an der Medizinischen Fakultät nach dem Wissenschaftszeitvertragsgesetz für die beantragte Förderdauer (inkl. 2 Jahre bzw. für klinische Fächer 3 Jahre Anschlussbeschäftigung) ausreicht. Drittmittelbefristungen nach dem Wissenschaftszeitvertragsgesetz sind bei Wrangell-Stellen nicht zulässig!

14. Kopie der Promotionsurkunde (nicht beglaubigt)