



Sekretariat

Tel. 07071 29-82292

Fax 07071 29-4098

Bewerbung.kjp@med.uni-tuebingen.de

BEWERBUNGSFORMULAR FÜR STUDENTISCHE/WISSENSCHAFTLICHE HILFSKRÄFTE

AKTUELLE DATEN	
Name, Vorname	
Kontaktdaten	Telefonnummer: _____ E-Mail: _____
Studiengang	
Aktuelles Semester	
Aktuell angestrebter Abschluss	<input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> _____
Aktuelle Universität	
Mögliche Stundenanzahl pro Monat (Mehrfachnennung möglich, max. 85 h/Monat)	
<input type="checkbox"/> 10- 20 h/Monat	<input type="checkbox"/> 20- 30 h/Monat
<input type="checkbox"/> 30- 40 h/Monat	<input type="checkbox"/> 40- 50 h/Monat
<input type="checkbox"/> >50 h/Monat	<input type="checkbox"/> _____
Bevorzugte Länge der Beschäftigungsdauer: Von _____ bis _____	Bevorzugter Schwerpunktbereich (Mehrfachnennung möglich) <input type="checkbox"/> Forschung <input type="checkbox"/> Klinik
Sonstige Bemerkung:	