# 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