

Antrag auf Eröffnung des Promotionsverfahrens an der MUL - CT ☼

Bevor Sie mit dem Ausfüllen des Anmeldeformulars beginnen, stellen Sie bitte sicher, dass Sie sich bereits mit den kommenden Fragestellungen über das Antragstemplate auseinandergesetzt haben. Eine Unterbrechung oder ein Neubeginn der begonnenen Antragstellung kann nicht vorgenommen werden.

* Erforderlich

Basisdaten zur Person

1. Bitte geben Sie Ihre(n) Vorname(n) ein. *

2. Bitte geben Sie Ihren Nachnamen ein. *

3. Sollte Ihr Geburtsname von Ihrem jetzigen Nachnamen abweichen, geben Sie diesen bitte hier ein.

4. Bitte geben Sie die Straße und Hausnummer an, in der Sie wohnhaft sind. *

5. Bitte geben Sie die Postleitzahl Ihres Wohnortes an. *

Es handelt sich um eine 5-stellige Zahl (Beispiel: 03042)

6. Bitte geben Sie den Namen Ihres Wohnortes an. *

7. Bitte geben Sie das Land an, in dem Sie wohnhaft sind. *

8. Bitte geben Sie Ihre Telefonnummer an, unter der man Sie erreichen kann.

Freiwillige Angabe. Bitte mit Ländervorwahl. Beispiel für deutsche Telefonnummer: +49 3537136189

9. Bitte geben Sie eine E-Mail Adresse an, unter der man Sie erreichen kann. *

Diese E-Mail Adresse wird als Korrespondenz zwischen Ihnen und der universitären Einrichtungen während Ihres Promotionsverfahrens genutzt.

10. Bitte geben Sie Ihr Geburtsdatum ein. *

Der/Die Antragsteller*in muss älter als 18 Jahre alt sein.

11. In welcher Stadt wurden Sie geboren? *

12. Wurden Sie in Deutschland geboren? *

☐ Ja

☐ Nein

13. Bitte geben Sie Ihr Geburtsland ein. *

Bitte nutzen Sie die Signaturen im Länderschlüssel unter folgendem Link: <https://cloud.mul-ct.de/index.php/s/5iymp5gZg9y5Ryw>

14. Welchem Geschlecht ordnen Sie sich zu? *

☐ Männlich

☐ Weiblich

☐ Divers

☐ Ohne Angabe

15. Welche Staatsangehörigkeit besitzen Sie? *

- ☐ 000 Deutschland
- ☐ 124 Belgien
- ☐ 125 Bulgarien
- ☐ 479 China
- ☐ 137 Italien
- ☐ 148 Niederlande
- ☐ 157 Österreich
- ☐ 152 Polen
- ☐ 160 Russische Föderation, auch Russland
- ☐ 161 Spanien
- ☐ 168 Vereinigte Staaten (von Amerika), auch USA
- ☐ 475 Syrien
- ☐ andere

16. Welche Staatsangehörigkeit besitzen Sie? Bitte geben Sie den entsprechenden Länderschlüssel ein. *

Bitte nutzen Sie die Signaturen im Länderschlüssel unter folgendem Link: <https://cloud.muc-t.de/index.php/s/5iyp5gZg9y5Ryw>

17. Besitzen Sie eine weitere Staatsangehörigkeit? *

- ☐ Ja
- ☐ Nein

18. Welche Staatsangehörigkeit besitzen Sie? *

- ☐ 000 Deutschland
- ☐ 124 Belgien
- ☐ 125 Bulgarien
- ☐ 479 China
- ☐ 137 Italien
- ☐ 148 Niederlande
- ☐ 157 Österreich
- ☐ 152 Polen
- ☐ 160 Russische Föderation, auch Russland
- ☐ 161 Spanien
- ☐ 168 Vereinigte Staaten (von Amerika), auch USA
- ☐ 475 Syrien
- ☐ andere

19. Welche Staatsangehörigkeit besitzen Sie? Bitte geben Sie den entsprechenden Länderschlüssel ein. *

Bitte nutzen Sie die Signaturen im Länderschlüssel unter folgendem Link: <https://cloud.muc-t.de/index.php/s/5iyp5gZg9y5Ryw>

Informationen zum Promotionsvorhaben

20. Sind Sie an der MUL - CT immatrikuliert? *

- ☐ Ja
- ☐ Nein

21. Besteht ein Beschäftigungsverhältnis an der MUL - CT? *

- ☐ Ja
- ☐ Nein

22. War während Ihres Promotionsverfahrens entweder eine Immatrikulation oder Beschäftigung an der MUL - CT vorhanden? *

- ☐ Ja, eine Immatrikulation
- ☐ Ja, ein Beschäftigungsverhältnis
- ☐ Nein, weder noch

Betreuende Personen

Die nachfolgenden Angaben sind erforderlich, um Ihr Promotionsvorhaben an der Medizinischen Universität Lausitz - Car Thiem zu ermöglichen. In dieser Promotionsvereinbarung werden die Rahmenbedingungen und Absprachen hinsichtlich der Durchführung Ihres Promotionsvorhabens festgelegt. Der Abschluss der Promotionsvereinbarung ist nach § 4 Absatz 7 der Promotionsordnung (2025) formale Bedingung für den Beginn der Arbeit an Ihrem Promotionsvorhaben.

Ansichtsexemplar

Angaben des/der Erstbetreuer*in

23. Bitte geben den/die Vorname(n) an. *

24. Bitte geben den Nachnamen an. *

25. Akademischer Grad *

- ☐ Professur
- ☐ Habilitation
- ☐ Privatdozent*in
- ☐ Promotion

26. An welcher Hochschule ist der/die Erstbetreuende verortet? *

- ☐ MUL - CT
- ☐ Andere Hochschule

27. In welchem Fachgebiet der MUL - CT ist der/die Erstbetreuende verortet? *

- ☐ Anästhesiologie, Intensivtherapie & Palliativmedizin
- ☐ Augenheilkunde
- ☐ Brustzentrum
- ☐ Chest Pain Unit
- ☐ Chirurgie
- ☐ Darmkrebszentrum
- ☐ Dermatologie, Venerologie & Allergologie
- ☐ Diabetiszentrum
- ☐ Diabetologie
- ☐ Dysplasie-Einheit
- ☐ Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung
- ☐ Frauenheilkunde
- ☐ Gastroenterologie & Rheumatologie
- ☐ Geburtshilfe
- ☐ Geriatrie
- ☐ Gynäkologisches Krebszentrum
- ☐ Hämatologie, Onkologie & Nephrologie
- ☐ HNO-Krankheiten, Kopf- & Halschirurgie
- ☐ Interdisziplinäres Schädelbasiszentrum
- ☐ Kardiologie, Rhythmologie & Angiologie
- ☐ Kinder- & Jugendmedizin
- ☐ Kopf-Hals-Tumor-Zentrum
- ☐ Laboratoriumsmedizin
- ☐ Mikrobiologie & Krankenhaushygiene
- ☐ Mund-, Kiefer-, Gesichts-, Rekonstruktive & Plastische Chirurgie
- ☐ Nephrologie
- ☐ Neurochirurgie
- ☐ Neurologie
- ☐ Notfallmedizinisches Zentrum
- ☐ Nuklearmedizin

- ☐ Orthopädie
- ☐ Pankreaskrebszentrum
- ☐ Pathologie
- ☐ Perinatalzentrum Level 1
- ☐ Pneumologie
- ☐ Psychiatrie, Psychotherapie & Psychosomatik
- ☐ Radiologie & Neuroradiologie
- ☐ Radioonkologie & Strahlentherapie
- ☐ Roboter-Assistierte Chirurgie
- ☐ Sonstige Gastrointestinale Tumore
- ☐ Sozialpädiatrisches Zentrum
- ☐ Tumorzentrum Lausitz - Onkologisches Zentrum
- ☐ Überregionales Traumazentrum
- ☐ Unfall-, Wiederherstellungs- & Handchirurgie
- ☐ Urologie & Kinderurologie
- ☐ Uro-onkologisches Zentrum
- ☐ Viszeralonkologisches Zentrum
- ☐ Wirbelsäulenzentrum
- ☐ Wundzentrum
- ☐ Zentrale Notaufnahme
- ☐ Zentrum für Fuß- & Sprunggelenkchirurgie
- ☐ Zentrum für Hämatologische Neoplasien
- ☐ Zentrum für Seltene & Ungeklärte Erkrankungen
- ☐ Andere

28. Bitte geben Sie das Fachgebiet der MUL - CT an, wo der/die Erstbetreuende verortet ist. *

29. An welcher Hochschule ist der/die Erstbetreuende verortet? *

Bitte nutzen Sie die Signatur im Hochschulschlüssel unter folgendem Link: <https://cloud.mul-ct.de/index.php/s/bYgySjkZZm22tLs>

30. Bitte geben Sie die Dienstanschrift des/der Erstbetreuenden an. *

(Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Stadt Land)

31. Bitte geben Sie eine Telefonnummer (Diensttelefon) des/der Erstbetreuenden an. *

32. Bitte geben Sie eine E-Mail Adresse des/der Erstbetreuenden an. *

Angaben des/der Zweitbetreuer*in

33. Bitte geben den/die Vorname(n) an. *

34. Bitte geben den Nachnamen an. *

35. Akademischer Grad *

- ☐ Professur
- ☐ Habilitation
- ☐ Privatdozent*in
- ☐ Promotion

36. An welcher Hochschule ist der/die Zweitbetreuende verortet? *

- ☐ MUL - CT
- ☐ Andere Hochschule

37. In welchem Fachgebiet der MUL - CT ist der/die Zweitbetreuende verortet? *

- ☐ Anästhesiologie, Intensivtherapie & Palliativmedizin
- ☐ Augenheilkunde
- ☐ Brustzentrum
- ☐ Chest Pain Unit
- ☐ Chirurgie
- ☐ Darmkrebszentrum
- ☐ Dermatologie, Venerologie & Allergologie
- ☐ Diabetiszentrum
- ☐ Diabetologie
- ☐ Dysplasie-Einheit
- ☐ Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung
- ☐ Frauenheilkunde
- ☐ Gastroenterologie & Rheumatologie
- ☐ Geburtshilfe
- ☐ Geriatrie
- ☐ Gynäkologisches Krebszentrum
- ☐ Hämatologie, Onkologie & Nephrologie
- ☐ HNO-Krankheiten, Kopf- & Halschirurgie
- ☐ Interdisziplinäres Schädelbasiszentrum
- ☐ Kardiologie, Rhythmologie & Angiologie
- ☐ Kinder- & Jugendmedizin
- ☐ Kopf-Hals-Tumor-Zentrum
- ☐ Laboratoriumsmedizin
- ☐ Mikrobiologie & Krankenhaushygiene
- ☐ Mund-, Kiefer-, Gesichts-, Rekonstruktive & Plastische Chirurgie
- ☐ Nephrologie
- ☐ Neurochirurgie
- ☐ Neurologie
- ☐ Notfallmedizinisches Zentrum
- ☐ Nuklearmedizin

- ☐ Orthopädie
- ☐ Pankreaskrebszentrum
- ☐ Pathologie
- ☐ Perinatalzentrum Level 1
- ☐ Pneumologie
- ☐ Psychiatrie, Psychotherapie & Psychosomatik
- ☐ Radiologie & Neuroradiologie
- ☐ Radioonkologie & Strahlentherapie
- ☐ Roboter-Assistierte Chirurgie
- ☐ Sonstige Gastrointestinale Tumore
- ☐ Sozialpädiatrisches Zentrum
- ☐ Tumorzentrum Lausitz - Onkologisches Zentrum
- ☐ Überregionales Traumazentrum
- ☐ Unfall-, Wiederherstellungs- & Handchirurgie
- ☐ Urologie & Kinderurologie
- ☐ Uro-onkologisches Zentrum
- ☐ Viszeralonkologisches Zentrum
- ☐ Wirbelsäulenzentrum
- ☐ Wundzentrum
- ☐ Zentrale Notaufnahme
- ☐ Zentrum für Fuß- & Sprunggelenkchirurgie
- ☐ Zentrum für Hämatologische Neoplasien
- ☐ Zentrum für Seltene & Ungeklärte Erkrankungen
- ☐ Andere

38. Bitte geben Sie das Fachgebiet der MUL - CT an, wo der/die Zweitbetreuende verortet ist. *

39. An welcher Hochschule ist der/die Zweitbetreuende verortet? *

Bitte nutzen Sie die Signatur im Hochschulschlüssel unter folgendem Link: <https://cloud.mul-ct.de/index.php/s/bYgySjkZZm22tLs>

40. Bitte geben Sie die Dienstanschrift des/der Zweitbetreuenden an. *

(Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Stadt Land)

41. Bitte geben Sie eine Telefonnummer (Diensttelefon) des/der Zweitbetreuenden an. *

42. Bitte geben Sie eine E-Mail Adresse des/der Zweitbetreuenden an. *

43. Bitte geben Sie an, ob weitere Betreuende im Promotionsvorhaben beteiligt waren. *

☐ Ja

☐ Nein

Angaben des/der weiteren Betreuenden

44. Bitte geben den/die Vorname(n) an. *

45. Bitte geben den Nachnamen an. *

46. Akademischer Grad *

- ☐ Professur
- ☐ Habilitation
- ☐ Privatdozent*in
- ☐ Promotion

47. An welcher Hochschule ist der/die weitere Betreuende verortet? *

- ☐ MUL - CT
- ☐ Andere Hochschule

48. In welchem Fachgebiet der MUL - CT ist der/die weitere Betreuende verortet? *

- ☐ Anästhesiologie, Intensivtherapie & Palliativmedizin
- ☐ Augenheilkunde
- ☐ Brustzentrum
- ☐ Chest Pain Unit
- ☐ Chirurgie
- ☐ Darmkrebszentrum
- ☐ Dermatologie, Venerologie & Allergologie
- ☐ Diabetiszentrum
- ☐ Diabetologie
- ☐ Dysplasie-Einheit
- ☐ Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung
- ☐ Frauenheilkunde
- ☐ Gastroenterologie & Rheumatologie
- ☐ Geburtshilfe
- ☐ Geriatrie
- ☐ Gynäkologisches Krebszentrum
- ☐ Hämatologie, Onkologie & Nephrologie
- ☐ HNO-Krankheiten, Kopf- & Halschirurgie
- ☐ Interdisziplinäres Schädelbasiszentrum
- ☐ Kardiologie, Rhythmologie & Angiologie
- ☐ Kinder- & Jugendmedizin
- ☐ Kopf-Hals-Tumor-Zentrum
- ☐ Laboratoriumsmedizin
- ☐ Mikrobiologie & Krankenhaushygiene
- ☐ Mund-, Kiefer-, Gesichts-, Rekonstruktive & Plastische Chirurgie
- ☐ Nephrologie
- ☐ Neurochirurgie
- ☐ Neurologie
- ☐ Notfallmedizinisches Zentrum
- ☐ Nuklearmedizin

- ☐ Orthopädie
- ☐ Pankreaskrebszentrum
- ☐ Pathologie
- ☐ Perinatalzentrum Level 1
- ☐ Pneumologie
- ☐ Psychiatrie, Psychotherapie & Psychosomatik
- ☐ Radiologie & Neuroradiologie
- ☐ Radioonkologie & Strahlentherapie
- ☐ Roboter-Assistierte Chirurgie
- ☐ Sonstige Gastrointestinale Tumore
- ☐ Sozialpädiatrisches Zentrum
- ☐ Tumorzentrum Lausitz - Onkologisches Zentrum
- ☐ Überregionales Traumazentrum
- ☐ Unfall-, Wiederherstellungs- & Handchirurgie
- ☐ Urologie & Kinderurologie
- ☐ Uro-onkologisches Zentrum
- ☐ Viszeralonkologisches Zentrum
- ☐ Wirbelsäulenzentrum
- ☐ Wundzentrum
- ☐ Zentrale Notaufnahme
- ☐ Zentrum für Fuß- & Sprunggelenkchirurgie
- ☐ Zentrum für Hämatologische Neoplasien
- ☐ Zentrum für Seltene & Ungeklärte Erkrankungen
- ☐ Andere

49. Bitte geben Sie das Fachgebiet der MUL - CT an, wo der/die weitere Betreuende verortet ist.

*

50. An welcher Hochschule ist der/die weitere Betreuende verortet? *

Bitte nutzen Sie die Signatur im Hochschulschlüssel unter folgendem Link: <https://cloud.mul-ct.de/index.php/s/bYqySjkZZm22tLs>

51. Bitte geben Sie die Dienstanschrift des/der weiteren Betreuenden an. *

(Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Stadt Land)

52. Bitte geben Sie eine Telefonnummer (Diensttelefon) des/der weiteren Betreuenden an. *

53. Bitte geben Sie eine E-Mail Adresse des/der weiteren Betreuenden an. *

Informationen zum Promotionsvorhaben

54. Welchen Doktorgrad streben Sie an der MUL -CT an? *

- ☐ Dr. med.
- ☐ Dr. rer. medic.
- ☐ Ph.D.

55. Welche Art der Dissertation möchten Sie einreichen? *

- ☐ Monografie
- ☐ publikationsassoziierte Dissertation

56. Mir ist bewusst, dass eine publikationsbasierte Dissertation mindestens eine (bei Ph.D. zwei) Erstautorenschaft(en) und eine weitere Mitautorenschaft in international anerkannten Fachzeitschriften mit Peer-Review-Verfahren voraussetzt. *

- ☐ Ja, ist mir bewusst und werde ich vorweisen

57. Wie lautet der Titel der einzureichenden Dissertation? *

Muss auch mit dem Titel der eingereichten Dissertation übereinstimmen.

58. In welcher Sprache ist Ihre Dissertation verfasst? *

- ☐ Deutsch
- ☐ Englisch

59. Mir ist bewusst, dass eine fremdsprachige Dissertation eine im Anhang befindliche Zusammenfassung der Ergebnisse im Umfang von ca. 3 Seiten in deutscher Sprache enthalten muss. *

- ☐ Ja, ist mir bewusst.

60. Haben Sie im Rahmen Ihres Promotionsvorhabens bereits wissenschaftliche Ergebnisse in international anerkannten Fachzeitschriften mit Peer-Review Verfahren publizieren können? *

Eine Akzeptierung zur Publikation durch die Fachzeitschrift ist auch zulässig.

☐ Ja

☐ Nein

61. Bitte geben Sie alle Digital Object Identifier (DOI) zu den bisher veröffentlichten bzw. angenommenen eigenen wissenschaftlichen Schriften an, die während Ihres Promotionsvorhabens entstanden sind. *

Bitte nutzen Sie für jede DOI eine neue Zeile.

62. Haben Sie im Rahmen Ihres Promotionsvorhabens bereits Patente anmelden und veröffentlichen können? *

☐ Ja

☐ Nein

63. Bitte geben Sie die Anmeldenummern (oder andere eindeutig zum Patent führende IDs) der Patente an, die während Ihres Promotionsvorhabens akzeptiert wurden. *

Bitte nutzen Sie für jedes Patent eine neue Zeile.

64. Haben Sie im Rahmen Ihres Promotionsvorhabens bereits Preise bzw. Auszeichnungen erhalten? *

☐ Ja

☐ Nein

65. Wurden die Preise bzw. Auszeichnungen durch die MUL - CT verliehen? *

☐ Ja

☐ Nein

66. Bitte geben Sie alle relevanten Informationen zu den Preisen bzw. Auszeichnungen an, die Sie während Ihres Promotionsvorhabens erhalten haben (Datum, Art der Auszeichnung, Preisgeld, Preisverleihende Institution) *

67. Bitte geben Sie alle Teilnahmen an (Fach)Tagungen bzw. Kongressen und Ihre jeweilige Rolle (Poster, Vortrag, etc.) während Ihrer Promotionszeit an. *

Auflistung von potentiellen Gutachter*innen

Bitte geben Sie nachfolgend eine Auflistung von 5 potentiellen Gutachtenden an (nicht die aktuellen Erst- und Zweitbetreuenden). Diese Auflistung sollte wenigstens 3 Gutachtende von anderen Hochschulen umfassen. Als Gutachtende berechtigt sind alle Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer, Honorarprofessorinnen und Honorarprofessoren, außerplanmäßigen Professorinnen und Professoren, Hochschuldozentinnen und Hochschuldozenten und Privatdozentinnen und Privatdozenten sowie alle Emeriti oder in den Ruhestand versetzte Professorinnen und Professoren, soweit sie auf dem Gebiet der angestrebten Promotion durch wissenschaftliche Leistungen ausgewiesen sind. Die Erst- und Zweitbetreuenden werden nicht als Gutachtende zugelassen.

Ansichtsexemplar

Angaben zum/zur Gutachter*in 1

68. Bitte geben Sie den/die Vorname(n) an. *

69. Bitte geben Sie den Nachnamen an. *

70. Bitte geben Sie den akademischen Grad an. *

71. An welcher Institution/Einrichtung ist die Person verortet? *

72. Bitte geben Sie die Dienstadresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Stadt, Land) der Person an. *

73. Bitte geben Sie die Diensttelefonnummer der Person an. *

74. Bitte geben Sie die dienstliche E-Mail Adresse der Person an. *

75. Bitte begründen Sie die fachlichen Qualifikation der Person. *

Angaben zum/zur Gutachter*in 2

76. Bitte geben Sie den/die Vorname(n) an. *

77. Bitte geben Sie den Nachnamen an. *

78. Bitte geben Sie den akademischen Grad an. *

79. An welcher Institution/Einrichtung ist die Person verortet? *

80. Bitte geben Sie die Dienstadresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Stadt, Land) der Person an. *

81. Bitte geben Sie die Diensttelefonnummer der Person an. *

82. Bitte geben Sie die dienstliche E-Mail Adresse der Person an. *

83. Bitte begründen Sie die fachlichen Qualifikation der Person. *

Angaben zum/zur Gutachter*in 3

84. Bitte geben Sie den/die Vorname(n) an. *

85. Bitte geben Sie den Nachnamen an. *

86. Bitte geben Sie den akademischen Grad an. *

87. An welcher Institution/Einrichtung ist die Person verortet? *

88. Bitte geben Sie die Dienstadresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Stadt, Land) der Person an. *

89. Bitte geben Sie die Diensttelefonnummer der Person an. *

90. Bitte geben Sie die dienstliche E-Mail Adresse der Person an. *

91. Bitte begründen Sie die fachlichen Qualifikation der Person. *

Angaben zum/zur Gutachter*in 4

92. Bitte geben Sie den/die Vorname(n) an. *

93. Bitte geben Sie den Nachnamen an. *

94. Bitte geben Sie den akademischen Grad an. *

95. An welcher Institution/Einrichtung ist die Person verortet? *

96. Bitte geben Sie die Dienstadresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Stadt, Land) der Person an. *

97. Bitte geben Sie die Diensttelefonnummer der Person an. *

98. Bitte geben Sie die dienstliche E-Mail Adresse der Person an. *

99. Bitte begründen Sie die fachlichen Qualifikation der Person. *

Angaben zum/zur Gutachter*in 5

100. Bitte geben Sie den/die Vorname(n) an. *

101. Bitte geben Sie den Nachnamen an. *

102. Bitte geben Sie den akademischen Grad an. *

103. An welcher Institution/Einrichtung ist die Person verortet? *

104. Bitte geben Sie die Dienstadresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Stadt, Land) der Person an. *

105. Bitte geben Sie die Diensttelefonnummer der Person an. *

106. Bitte geben Sie die dienstliche E-Mail Adresse der Person an. *

107. Bitte begründen Sie die fachlichen Qualifikation der Person. *

Erklärungen

108. Hiermit erkläre ich, dass kein weiteres Promotionsverfahren an einer anderen Hochschule eröffnet wurde. *

☐

109. Hiermit erkläre ich, dass die eingereichte Dissertation in der gegenwärtigen oder einer anderen Fassung nicht schon einer anderen Universität oder Hochschule vorgelegen hat. *

☐

110. Hiermit gebe ich die eidesstattliche Erklärung ab, dass ich die vorgelegte Dissertation selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. *

☐

111. Hiermit erkläre ich, dass die Grundsätze gewissenhaften wissenschaftlichen Arbeitens eingehalten worden sind; im Rahmen der Erstellung der Dissertation keine generativen KI-basierten Tools verwendet worden sind bzw. generative KI-basierte Tools nur als Hilfsmittel genutzt wurden, der eigene gestalterische Einfluss überwiegt und alle KI-generierten Inhalte entsprechend gekennzeichnet sind; die elektronische Kopie der Dissertation gespeichert und einer elektronischen Plagiatsprüfung unterzogen werden darf; ich nicht aufgrund einer Straftat, die mit einem wissenschaftsbezogenen Fehlverhalten in Zusammenhang stehe, rechtskräftig verurteilt worden bin oder ein Straf- oder Disziplinarverfahren wegen eines solchen Fehlverhaltens gegen mich anhängig ist; mir kein akademischer Grad entzogen oder eine Rüge im Zusammenhang mit der Verleihung eines akademischen Grades ausgesprochen wurde. *

☐

112. Mit Ihrer Einwilligung stimmen Sie der Erhebung, Auswertung und Speicherung der Daten für einen Zeitraum von 10 Jahren ab dem Zeitpunkt Ihrer Einwilligung zu, es sei denn, es gelten andere gesetzliche Vorschriften.

Die dazu gehörigen Datenschutz-Informationspflichten finden Sie unter folgendem Link: <https://cloud.mul-ct.de/index.php/s/A4B3bBWWCmkEEyT> *

☐

Ja, ich stimme zu.

113. Nachdem Sie die notwendigen Angaben vorgenommen haben, übermitteln Sie bitte per E-Mail an promotionsbuero@mul-ct.de folgende Dokumente: die Nachweise zur Erfüllung der in der Promotionsvereinbarung festgelegten Maßnahmen, die elektronische Version der Dissertation (als ein zusammenhängendes pdf-Dokument), und die Bescheinigung zur Annahme als Doktorand*in. *

☐

Habe ich gelesen, verstanden und werde ich übermitteln.

Dieser Inhalt wurde von Microsoft weder erstellt noch gebilligt. Die von Ihnen übermittelten Daten werden an den Formulareigentümer
gesendet.

 Microsoft Forms

Ansichtsexemplar