



Antrag auf ein Forschungs-/Studienstipendium

Application for a Research or Study Scholarship

Herr/Frau *Mr/Mrs*
Name, Vorname
Name, first name

Dienstliche oder
Studien-Adresse
*Place of work or
study*

Hinweis

Bevor Sie den Antrag ausfüllen und ihm weitere Unterlagen beifügen, beachten Sie bitte die folgenden Hinweise. Sie sollen Ihnen helfen, einen vollständigen Antrag einzureichen und uns ermöglichen, Ihren Antrag sorgfältig und dennoch rasch auszuwerten und für die Auswahlkommission vorzubereiten zu können:

1. Nur vollständige Anträge mit vollständig beigefügten Unterlagen werden bearbeitet.
2. Die Bearbeitungszeit beträgt ca. 4 Wochen nach Eingang der vollständigen Unterlagen.
3. Der Klinik-/Institutsdirektor hat unter Punkt 9 anzugeben, durch welche Mittel das Stipendium finanziert werden soll.
4. Ein Rechtsanspruch auf die Gewährung eines Stipendiums besteht nicht.

Stipendien der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen

1. Die Medizinische Fakultät der Universität Duisburg-Essen vergibt Stipendien zur Fort- und Weiterbildung in Essen. Die Zielgruppe sind ausschließlich Mediziner und Naturwissenschaftler; gefördert werden insbesondere Doktoranden. Für alle Stipendien sind mindestens gute Sprachkenntnisse in Deutsch oder Englisch Voraussetzung.
2. Das Stipendium wird i.d.R. für die Dauer von 6 Monaten bis zu 3 Jahren vergeben. Abweichungen hiervon sind im Ausnahmefall zulässig und benötigen eine gesonderte Begründung des Klinik-/Institutsdirektors.
3. Die Stipendienhöhe beträgt monatlich höchstens 1.000,00 EUR zzgl. einer Forschungspauschale i.H.v. 100,00 EUR.
4. Die Entscheidung über die Vergabe von Forschungsstipendien an der Medizinischen Fakultät erfolgt grundsätzlich durch das Dekanat nach einer Stellungnahme durch den Prodekan für Forschung und/oder die Forschungskommission.
5. **Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:**
 1. Lückenloser tabellarischer Lebenslauf.
 2. Präzise Darlegung des Studien- oder Forschungsvorhabens und – wenn für die Entscheidung besonders wichtig – die Darstellung der bisherigen Studien- und Forschungsarbeiten.
 3. Empfehlungsschreiben des/der Hochschullehrer(innen), bei denen der Aufenthalt durchgeführt werden soll.
 4. Liste der Veröffentlichungen (mit Angabe aller Autoren wie auf der Veröffentlichung).
 5. Hochschulzeugnisse und –soweit vorhanden- Diplom-/Master-/PhD- oder sonstige Abschlusszeugnisse mit Angabe der Abschlussnoten. Allen Zeugnissen muss eine Erklärung des Notensystems beigelegt werden.
 6. Aufenthaltstitel, der den Aufenthaltsstatus begründet.
 7. unterschriebene Erklärung des Klinik-/Institutsdirektors, dass die/der Bewerber(in) nicht in der Krankenversorgung tätig sein wird.
 8. Kontoverbindung

Ein Gesundheitszeugnis brauchen Sie erst einzureichen, wenn Sie von der Medizinischen Fakultät Duisburg-Essen dazu aufgefordert werden.

Unvollständige Bewerbungen können leider nicht berücksichtigt werden.

Name

1. Familienname

(Bitte verwenden Sie die Schreibweise in Ihrem Pass; Hauptnamen unterstreichen)
Surname (please use exactly the same name as in your passport; please underline family name)

Vorname(n)
First name(s)

männlich
Male

weiblich
Female

akademische Titel
Academic title

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)
Date of birth (day/month/year)

Geburtsort
Place of Birth

Geburts-Stadt / Provinz
City / Province of birth

Familienstand verheiratet
Marital status married

unverheiratet
single

Zahl der Kinder
Number of children

Stadt/Provinz des ständigen Wohnsitzes
City/Province of permanent residence

2. Korrespondenzanschrift, unter der Sie bis zu einem evtl. Stipendienantritt ständig zu erreichen sind
Mailing address, where you may be contacted until taking up a possible scholarship

Straße
Street

PLZ, Ort, Provinz
Post Code, town, county/province/state

Land
Country

Telefon mit Vorwahl
Telephone with area code

Fax

e-mail

3. Bankverbindung,
bank account details

Kontoinhaber
Account Holder

Bank

BIC/SWIFT

IBAN

Verwendungszweck
reference

4. Hochschulstudium

von / from

bis / to

an / at

in / in Fach / subject

(Universität/ Technische Hochschule etc.)
higher education (university or other degree-awarding institution)

Zurzeit tätig an (Hochschule/Institution)
Currently affiliated with (university/ institution)

Name

**5 . Abgelegte
Hochschulexamen**
Degrees held

Tag/Monat/Jahr <i>day/month/year</i>	Bezeichnung des Exams <i>Exact degree title</i>	Fach <i>Subject</i>	Examensergebnis <i>Degree result</i>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Vor Stipendienantritt noch beabsichtigte Examen
*Degree(s) expected before taking
up a possible scholarship*

Voraussichtliches Abschlussdatum
Expected date of final examination

6 . Falls Sie promovieren möchten: / If you intend to obtain a doctoral:

Dissertation in Essen

Dissertation in Heimat-Universität/home University

Gewünschtes ankreuzen / mark your choice

7 . Studien-/Forschungsvorhaben in Essen *Study / research projects in Essen*

Titel

8 . Stellungnahme Klinik-/Institutsdirektor *Statement Director of Clinic/Institute*

Datum
Date

9 . Angabe zur Finanzierung des Stipendiums (auszufüllen vom Klinik-/Institutsdirektor)

Information for the financing of the scholarship (to fill from the Director of Clinic/Institute)

Ifores

Drittmittel

Projektnummer:

Haushalt

Kostenstelle:

Name

10 . Sprachkenntnisse / Language skills

Sprachkenntnisse
knowledge of languages

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	sehr gut very good	<input type="checkbox"/>	gut good	<input type="checkbox"/>	mittel fair	<input type="checkbox"/>	schwach poor
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

11 . Wurden Sie bereits zuvor durch ein Stipendium gefördert? / Have you received any scholarship in the past?

nein ja, von - bis (Daten), Programm
 no yes, give exact dates and title of programme

12 . Bisherige Studien-/Arbeitsaufenthalte im Ausland

von mindestens einem Monat
Previous visits abroad for study or work of at least one month

von / from ... bis / to ...	wo / where?	was / what?	wie finanziert / financed by?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

13 . Praktische/berufliche Tätigkeit während oder im Anschluss an das Studium / Practical or professional work experience during or after higher education bitte lückenlos angeben
please give complete information

von ... bis...	wo?	Art der Tätigkeit	Position/berufliche Stellung (exakt angeben)
from ... to ...	where?	type of work	position/professional status (give exact title)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Gegenwärtige Tätigkeit
Present professional occupation

Ich versichere die Richtigkeit der oben gemachten Angaben. Änderungen und Zusätze werde ich der Med. Fakultät Duisburg-Essen umgehend bekannt geben. Die Hinweise zum Stipendienantrag habe ich zur Kenntnis genommen, insbesondere, dass die Verantwortung für die Vollständigkeit dieses Antrags bei mir liegt. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Bewerbungsunterlagen bei der Med. Fakultät Duisburg-Essen verbleiben.

I certify that the information provided in this application is accurate to the best of my knowledge. Furthermore, I agree to inform the Duisburg-Essen Medical Faculty immediately of any changes and amendments.

I have taken note of the information provided in and regarding this application. I accept responsibility for the completeness of my application. I agree that this application and accompanying documents shall remain with the Duisburg-Essen Medical Faculty.

Ort
Place

Datum
Date

Unterschrift
Signature

Antragsteller
Applicant

Klinik-/Institutsdirektor
Director of Clinic/Institute

