

Studienwerberin/Studienwerber

Akad. Grad, Vorname/n, Familienname

geb. am in (Ort)

Studienadresse (Straße)

PLZ, Ort

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Matrikelnummer

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Kennzeichnung des Studiums:
Q794445202 – Clinical PhD Studium



MEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT
INNSBRUCK

*Studierende müssen den Antrag persönlich
in der Abt. für Internationale Beziehungen -
International Relations - PhD School
abgeben!*

Studienvereinbarung / Study Agreement / Registration

Füllen Sie dieses Formular ELEKTRONISCH, genau und vollständig aus und kreuzen Sie Zutreffendes an!

Die Studienvereinbarung wird zwischen der Studienwerberin/dem Studienwerber und der Betreuerin/dem Betreuer abgeschlossen und bedarf zu ihrer Gültigkeit des schriftlichen Einverständnisses der Mitglieder des Dissertationskomitees, der Programmkoordinatorin/des Programmkoordinators und der Vizerektorin/des Vizerektors für Lehre und Studienangelegenheiten.

Programm:

Thema der Dissertation:

Name der Betreuerin/des Betreuers:

Akad. Grad / Vorname / Zuname/n

Organisationseinheit / falls nicht Innsbruck: genaue Kontaktadresse (Anschrift, Tel., E-Mail etc.)

Dissertationskomitee 1. Mitglied

Akad. Grad / Vorname / Zuname/n / Organisationseinheit / falls nicht Innsbruck: genaue Kontaktadresse

Dissertationskomitee 2. Mitglied

Akad. Grad / Vorname / Zuname/n / Organisationseinheit / falls nicht Innsbruck: genaue Kontaktadresse

Dissertationskomitee weiteres Mitglied

Akad. Grad / Vorname / Zuname/n / Organisationseinheit / falls nicht Innsbruck: genaue Kontaktadresse

Beschreibung der inhaltlichen Zielsetzung der Dissertation bzw. des Forschungsprojektes:
(bei Bedarf weitere Seiten anschließen)

Die Beschreibung des Forschungsprojektes der Betreuerin/des Betreuers im Rahmen dessen das Dissertationsprojekt durchgeführt wird, unter Angabe der Fördereinrichtung(en), die das Projekt finanziell unterstützen sowie der Liste der Publikationen, die im Labor der Betreuerin/des Betreuers in den letzten 3 Jahren entstanden sind.

Das Dissertationskomitee und der/die Betreuer/-in bestätigen

die Realisierbarkeit der Dissertation in der gesetzlich vorgesehen Mindestzeit von 6 Semestern

dass die zur erfolgreichen Bearbeitung der Dissertation erforderlichen Methoden und technischen bzw. klinischen Einrichtungen für die Doktorandin/den Doktoranden an der Medizinischen Universität etabliert und verfügbar sind bzw. im Rahmen des Dissertationsprojektes sein werden.

dass es für die Doktorandin/den Doktoranden möglich ist, die notwendigen experimentellen Methoden an einer anderen Forschungsstätte zu erlernen bzw. die technischen Einrichtungen an einer anderen Forschungsstätte zu benützen, sofern die Verfügbarkeit an der Medizinischen Universität Innsbruck nicht gegeben ist. Dabei ist zu beachten, dass dies für die Doktorandin/den Doktoranden mit einem verhältnismäßigen und zumutbaren Aufwand zu bewerkstelligen sein muss.

NAME und Unterschrift Studienwerberin / Studienwerber:

NAME und Unterschrift Dissertationskomitee 1. Mitglied:

NAME und Unterschrift Dissertationskomitee 2. Mitglied:

NAME und Unterschrift Dissertationskomitee weiteres Mitglied:

NAME und Unterschrift Betreuer/-in:

NAME und Unterschrift Programm Koordinator/-in:

**Von der Betreuerin / dem Betreuer der angeführten Dissertation
bzw. der Leiterin/dem Leiters der jeweiligen Organisationseinheit zu bestätigen!**

Bitte zutreffendes ankreuzen!

Die für die Bearbeitung der Dissertation nötigen Mittel (Finanzen, Personal-, Sachmittel) sind vorhanden.

Die Prinzipien der MUI zur guten wissenschaftlichen Praxis wurden erklärt.

Die Verpflichtung, Gender-spezifische Aspekte in der Auswertung der Ergebnisse zu berücksichtigen wurde erklärt

Für das Erstellen der Dissertation sind keine Tierversuche nötig

Für das Erstellen der Dissertation sind Tierversuche nötig. Die dafür notwendigen Anträge sind genehmigt

Für das Erstellen der Dissertation ist kein Votum der Ethik-Kommission nötig

Das für das Erstellen der Dissertation nötige Votum der Ethik-Kommission wurde eingeholt und liegt vor.

Folgende Genehmigung muss noch eingeholt werden:

Das Dissertationsprojekt unterliegt speziellen Rahmenbedingungen:

 besonderer Geheimhaltungsverpflichtungen

 möglicher Patentierungsverfahren

 Sonstiges: _____

Die Betreuerin/der Betreuer verpflichtet sich, regelmäßig ein Arbeitsgruppenseminar abzuhalten, in dem die Doktorandin/der Doktorand die Möglichkeit hat, Aspekte der Dissertation bzw. des Forschungsprojektes ausführlich und ergebnisorientiert zu diskutieren

Die Bestätigung der Betreuerin/des Betreuers und der Leiterin/des Leiters der jeweiligen Organisationseinheit über das Vorhandensein der für die Anstellung der Doktorandin/des Doktoranden (für drei Jahre, wenn das Doktoratsstudium nicht berufsbegleitend absolviert wird, bzw. für zumindest ein Jahr, wenn das Doktoratsstudium berufsbegleitend absolviert wird, zur Finanzierung des obligaten Forschungsjahres) und die Durchführung des Forschungsprojektes notwendigen finanziellen Personal- und Sachmittel

Festlegung des Zeitraums des zumindest einjährig durchgehenden Forschungsjahres, wenn das Doktoratsstudium berufsbegleitend absolviert wird

Beginn: _____ Ende: _____

Bestätigung der Leiterin/des Leiters der jeweiligen Organisationseinheit, dass die Doktorandin/der Doktorand das Doktoratsstudium (berufsbegleitend) an der Organisationseinheit absolvieren kann und hierbei unterstützt wird

Datum, OE Stempel, Unterschrift Betreuer/in

Datum, OE Stempel, Unterschrift Direktor/in

Die Studienvereinbarung wird durch die/den Vizerektorin/Vizerektor für Lehre und Studienangelegenheiten der Medizinischen Universität Innsbruck angenommen.

Innsbruck, am _____ Unterschrift der/des Vizerektors/in für Lehre und Studienangelegenheiten

MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT INNSBRUCK
Abteilung für Internationale Beziehungen -
International Relations - PhD School
Fritz-Pregl-Straße 3, 4.Stock, A-6020 Innsbruck
E-mail: PhD-Studien@i-med.ac.at – Internet: <http://www.i-med.ac.at>

FORSCHUNGSJAHR

Festlegung des Zeitraums des zumindest einjährig durchgehenden Forschungsjahres, wenn das Doktoratsstudium berufsbegleitend absolviert wird

Beginn: _____

Ende: _____

Bestätigung der Leiterin/des Leiters der jeweiligen Organisationseinheit, dass die Doktorandin/der Doktorand das zumindest einjährig durchgehenden Forschungsjahr absolvieren kann und hierbei unterstützt wird

Datum, OE Stempel, Unterschrift Betreuer/in

Datum, OE Stempel, Unterschrift Direktor/in

Studienbeginn - zum Clinical PhD Studium zugelassen seit: _____
Datum, Stempel und Unterschrift Sachbearbeiter

Bestätigung nach Absolvierung des Forschungsjahres

Als Leiter/in der Organisationseinheit bestätige ich, dass die Doktorandin/der Doktorand das Forschungsjahr

von: _____ bis: _____ ordnungsgemäß absolviert hat.

Datum, OE Stempel, Unterschrift Betreuer/in

Datum, OE Stempel, Unterschrift Direktor/in

Die Bestätigung über das Forschungsjahr wird durch die/den Vizerektorin/Vizerektor für Lehre und Studienangelegenheiten der Medizinischen Universität Innsbruck angenommen.

Innsbruck, am _____ Unterschrift der/des Vizerektors/in für Lehre und Studienangelegenheiten