**Checkliste für den Antrag auf ein Promotionsstipendium:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Name:** |  | |
| **Vorname(n):** |  | |
| **Betreuer:** |  | |
| **Thema der Dissertation:** |  | |
| Antrag zur Vergabe eines FPF Promotionsstipendiums mit Zustimmung des Klinik-/Institutsdirektors (auf Antragsformular) zur anteiligen Kostenübernahme | | Klinik-/Institutsdirektor: |
| **Zeitraum der Förderung** (beantragt)**:** mögliche Zeiten: ab Anfang eines Monats oder ab Mitte (16.) eines Monats bis Mitte (15.) eines Monats oder bis Ende eines Monats. Kürzere Zeiträume als volle sechs Monate führen entsprechend zur Kürzungen des Stipendiums (- 300,00 € pro halber Monat). | | von: bis: |
| **Voraussetzungen für das Promotionsstipendium:** | | |
| **Veranstaltungsfreiheit** (Urlaubs- oder Freisemester) während der Förderungszeit (wird durch Forschungs­referat überprüft) | | von:  bis: (interner Vermerk) |
| **Immatrikulation** im Staatsexamensstudiengang **Medizin** oder **Zahnmedizin** am Fachbereich Medizin der Johann Wolfgang Goethe Universität Frankfurt am Main | | Matrikelnummer: Studiengang:    aktuelles **Stammdatenblatt** ist beigefügt |
| **Abschluss des vorklinischen Studiums** mit einer Examensnote von **1,0** bis **2,5** | | Examensnote:   **Zeugniskopie** ist beigefügt |
| **Antrag auf Annahme als Doktorand** (Dr. med., oder Dr. med. dent.) inkl. **Promotionsvereinbarung** | | Datum der Annahme (interner Vermerk) als Doktorandin/Doktorand: |
| **Arbeitsplan/Zeitplan** und **Exposés** der Promotionsarbeit | | |
| **Stellungnahme des Betreuers** | | |
| **Nachweis der erfolgreichen Teilnahme am Promotionskolleg Medizin** oder falls die erforderlichen Kurse noch nicht abgeschlossen worden sind, eine „**Vorläufige Bescheinigung**“ vom Promotionskolleg über Anmeldung bzw. den voraussichtlichen Abschluss der Kurse | | |
| **Weitere Förderung:**  Ja Nein  Wenn „Ja“, durch welchen Fördergeber:       Wenn „Ja“, für welchen Förderzeitraum: | | |
| **notwendige Unterlagen für Auszahlungsanweisung des Stipendiums:** | | |
| **Krankenversicherungsnachweis**  **Verpflichtungserklärung (DSGVO)**  **separater Lebenslauf** | | |
| **zusätzliche Angaben:** | | |
| **Profil Forschung** (nur im Studiengang Medizin) wurde ausgewählt**:**  Ja Nein  (keine zwingende Voraussetzung für Antragstellung) | | |
|  | | |
| (interner Vermerk) **Forschungsausschuss am:** | | |