**DZHK-Doktorandenstipendium am Standort München (“Munich Heart Alliance”) - Bewerbungsformular**

**1. Allgemeine Angaben**

**1.1 Bewerber/in**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name: |  | Vorname: |  |
| Telefon: |  | E-Mail: |  |
| Adresse: |  |  |  |

**1.2 Betreuer/in (verantwortlicher DZHK-PI)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name: |  | Vorname: |  | Akad. Titel: |  |
| Telefon: |  | E-Mail: |  |
| Institution: |  | Adresse: |  |

**2. Stipendien-/Forschungsprojekt**

**2.1 Titel der Dissertation**

*Geben Sie hier bitte einen wissenschaftlichen Titel an, unter dem das Dissertationsvorhaben geführt werden soll.*

|  |
| --- |
|  |

**2.2 Skizze des Forschungsprojektes**

*Bitte beschreiben Sie Ihr Forschungsprojekt, das im Rahmen des Doktorandenstipendiums durchgeführt werden soll. Die Darstellung muss ohne Hinzuziehen weiterer Literatur verständlich sein und die Beschreibung Ihres Vorhabens sollte insgesamt nicht mehr als 5.000 Zeichen in Arial 10 pt umfassen.*

*Nehmen Sie bitte zu folgenden Punkten Stellung:*

*a) Stand der Forschung (inkl. Vorarbeiten aus der Arbeitsgruppe der Betreuerin/des Betreuers)*

*b) Aufgabenstellung*

*c) Arbeitsprogramm inkl. vorgesehener Untersuchungsmethoden*

*Zur Illustration und Vertiefung der dargestellten Ergebnisse können Sie auf weitere Arbeiten verweisen. Bitte führen Sie die erwähnten Arbeiten im Literaturverzeichnis unter 7. auf.*

|  |
| --- |
|  |

**2.3 Bezug des Themas zum DZHK**

*Geben Sie hier bitte den Bezug des Dissertationsvorhabens zum Deutschen Zentrum für Herz-Kreislauf-Forschung (DZHK) an.*

|  |
| --- |
|  |

**2.4 Zeitplan**

|  |  |
| --- | --- |
| Dauer der Forschung am DZHK: |  |
| Dauer der Förderung (Monate): |  |
| Vorgesehener Beginn des Stipendiums:(frühestmöglicher Förderbeginn 01.04.2021 bei Vorliegen der vollständigen Unterlagen)  |  |

**3. Qualifikation der Bewerberin/des Bewerbers**

**3.1 Schulabschluss**

|  |  |
| --- | --- |
| Abiturnote: |  |
| Datum:  |  |

**3.2 Medizinstudium**

*Geben Sie bitte die Examensnoten Ihres Medizinstudiums an.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Abschluss** | **Ergebnis/Note** | **Semester** |
| *(z. B. 1. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung)* |  |  |
| *(z. B. 2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung)* |  |  |

**3.3 Motivation**

*Bitte nehmen Sie zu folgenden Punkten Stellung:*

*a) Bedeutung des Forschungsvorhabens für Ihre weiteren wissenschaftlichen und beruflichen Pläne*

*b) Begründung für die Auswahl des Forschungsprojekts*

|  |
| --- |
|  |

**4. Stipendienanträge an andere Institutionen**

Gleiche oder ähnliche Stipendienanträge habe ich

nicht gestellt

bei folgenden Institutionen gestellt (Datum der Antragstellung):

|  |
| --- |
|  |

**5. Erklärung der Bewerberin/des Bewerbers**

Ich erkläre hiermit, dass ich

* für denselben Zweck und Zeitraum keine andere Förderung erhalte oder erhalten habe,
* keiner der wissenschaftlichen Arbeit dienlichen vergüteten Mitarbeit in Forschung und Lehre an einer Hochschule oder einer außeruniversitären Forschungseinrichtung von mehr als einem Viertel der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit nachgehe,
* keiner Erwerbstätigkeit von mehr als einem Achtel der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit nachgehe,
* keiner anderen Tätigkeit, die meine Arbeitskraft überwiegend in Anspruch nimmt, nachgehe,

Soweit das DZHK-Doktorandenstipendium nur hälftig in Höhe von 400 € gewährt werden soll, sichere ich hiermit zu, dass zusätzliche monatliche Einnahmen (Nebenjob, Unterhaltszahlungen etc.) 500 € (netto) nicht überschreiten.

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

Ort, Datum Unterschrift Bewerber/in

**6. Empfehlung und Zusage der Betreuerin/des Betreuers an DZHK-Partnereinrichtung des Standorts München**

Ich bestätige hiermit, dass ich das oben beschriebene Forschungsprojekt in vollem Umfang befürworte und ich der Bewerberin/dem Bewerber nach besten Kräften Unterstützung bei der Durchführung des Projektes gewähren werde. Die Bewerberin/der Bewerber genießt mein volles Vertrauen. Ich stimme zu, dass das Forschungsvorhaben in dem geplanten Umfang in meiner Arbeitsgruppe durchgeführt wird. Ich bestätige außerdem, dass ich die Richtlinien des DZHKs gelesen und akzeptiert habe. Ich bestätige, dass ich diesen Antrag gelesen habe und dass keine für die Durchführung des Dissertationsvorhabens notwendigen Angaben zurückgehalten wurden.

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

Ort, Datum Unterschrift Betreuer/in

**7. Publikationsverzeichnis**

*Bitte führen Sie hier die unter 2.2 genannten Veröffentlichungen auf.*

|  |
| --- |
|  |

**Bitte legen Sie Ihrer Bewerbung bei:**

* Lebenslauf
* Zeugnisse