

# MUSTER

Anschrift Antragsteller/-in

An den  
Dekan der Medizinischen Fakultät  
**über** das Promotionsbüro der  
Medizinischen Fakultät  
Schlossplatz 4, 91054 Erlangen

Datum

## **Antrag auf Zulassung zum Promotionsverfahren der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg**

Sehr geehrter Herr Dekan,

hiermit bitte ich Sie höflichst, mich von der Immatrikulationspflicht an der Medizinischen Fakultät der FAU laut §6, Abs. 2 der Fakultätspromotionsordnung zu befreien und mich zum Promotionsverfahren zuzulassen.

Mit wurde oder wird der angestrebte Doktorgrad weder bereits verliehen, noch bin ich berechtigt, diesen zu führen.

### **Begründung:.....**

Persönliche Angaben der Antragstellerin bzw. des Antragstellers in Kurzform (z.B. Studienort, Staatsexamen, ärztlicher Werdegang, Anstellungsverhältnis (Wo? Seit wann?), bisherige wiss. Tätigkeit)

Angaben zur Betreuerin bzw. zum Betreuer des Promotionsvorhabens (Name, Titel, Anschrift, aktuelle Kontaktdaten)

Thema der Doktorarbeit/Arbeitstitel: .....

Voraussichtlicher Beginn und Ende des Promotionsvorhabens: .....

Unterschrift der Antragstellerin bzw. des Antragstellers .....

.....

.....

Unterschrift der Betreuerin bzw.  
des Betreuers

Unterschrift und Stempel des Leiters  
der Einrichtung, in der promoviert wird