**Antrag auf Wechsel Betreuer/in der Promotion („Doktorvater“ / „Doktormutter“)**

**Promotionsverfahren:**

**Doktorand/in**

|  |
| --- |
|  |

 *Vorname, Nachname*

**Betreuende/r Hochschullehrer/in (Doktorvater/Doktormutter)**

|  |
| --- |
|  |

 *Titel, Vorname, Nachname*

|  |
| --- |
|  |

 *Abteilung/Klinik/Institut*

**Titel der Dissertation**

|  |
| --- |
|  |

Hiermit wird der Wechsel der Betreuung der Promotion des oben genannten Doktoranden / der oben genannten Doktorandin beantragt.

Die weitere Betreuung erfolgt ab ….. durch:

|  |
| --- |
|  |

 *Titel, Vorname, Nachname*

|  |
| --- |
|  |

 *Abteilung/Klinik/Institut*

Mit Ihrer Unterschrift erklären sich die Unterzeichnenden mit dem Wechsel einverstanden.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift (Doktorand/in) Datum, Unterschrift (Betreuer/in)

[ *Stempel der Abteilung* ]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_

Datum, Unterschrift (Betreuer/in) **NEU**

[ *Stempel der Abteilung* ]

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Vom Promotionsausschuss auszufüllen

☐ Antrag wird bewilligt

☐ Antrag wird abgelehnt **Datum, Vorsitzender Promotionsausschuss**