**Bewerbungsformular für das Habilitandinnen-Förderprogramm**

Dieses Formular dient der Datenerfassung für Ihre Bewerbung für Josepha und Charlotte von Siebold Habilitandinnen-Förderprogramm und erleichtert die Verarbeitung Ihrer Daten. Ihre Bearbeitungen können direkt in dieses editierbare Word Dokument eingetragen werden.

|  |  |
| --- | --- |
| **Persönliche Angaben** | |
| **Titel** |  |
| **Name** |  |
| **Vorname** |  |
| **Geburtsdatum** |  |
| **Adresse** |  |
| **E-Mail-Adresse** |  |
| **Telefon** |  |
| **Derzeitige Tätigkeit** |  |
| **Anzahl Kinder** |  |
| **Pflegerischer Aufwand** |  |
| **Sonstige besonderen Anforderungen** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Angaben zur Ausbildung** | | |
| **Abitur** | **Ort** |  |
|  | **Jahr** |  |
|  | **Durchschnittsnote** |  |
| **Studium** | **Hochschule** |  |
|  | **Zeitraum** |  |
|  | **Noten** |  |
| **Promotion** | **Thema** |  |
|  | **Institution** |  |
|  | **Abschlussnote** |  |
|  | **Datum (Monat/Jahr)** |  |
| **ggf. Habilitation** | **Thema** |  |
|  | **Institution** |  |
|  | **Abschlussnote** |  |
|  | **Datum (Monat/Jahr)** |  |
| **Publikationen** | **Anzahl Original-arbeiten gesamt** |  |
|  | **-davon Erst- oder LetztautorIn** |  |
|  | **-davon geteilte AutorInnenschaft** |  |
| **Angabe der Publikationen in Erst-/ LetztautorInnenschaft (bitte Angabe falls geteilte AutorInnenschaft) jeweils mit Impactfactor des aktuellen Jahres** | |  |
|  |
|  |
|  |
| **Ggf. weitere Forschungserfahrung und/oder klinische Erfahrung im Ausland** | |  |

**Bitte geben Sie hier Ihre eingeworbenen und kürzlich beantragten Mittel an.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Externe Institution/ Programm/ AntragstellerIn** | **Status (beantragt/bewilligt)** | **Förder-beginn** | **Laufzeit in Jahren** | **Thema** | **Bewilligt (€)** |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Angaben zur derzeitigen Tätigkeit** | |
| **Klinik** |  |
| **Laufzeit Arbeitsvertrag** |  |
| **KlinikleiterIn** |  |
| **Sonstige Teilnahme an Förderprogrammen (bsp. MediMent, UMEA,..)** |  |
| **Beschreibung der Motivation für die Mitgliedschaft im Programm** (max. 2.000 Zeichen inkl. Leerzeichen) | |
|  | |

1. **Allgemeine Angaben**

**Projekttitel**

**Abstract** (maximal 1800 Zeichen inklusive. Leerzeichen):

1. **Stand der Forschung und eigene Vorarbeiten**Ausführung mit Angabe von maximal 5 - 10 Literaturzitaten
2. **Zielsetzung des Forschungsprojekts (Angabe mehrerer Teilprojekte ist ebenfalls möglich)**
3. **Geplante Untersuchungen (Methoden, Arbeitsprogramm)**
4. **Kurzbeschreibung der geplanten Tätigkeit der studentischen Hilfskraft (SHK)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Datum |  | Unterschrift |

**Anlagen:**

* Tabellarischer Lebenslauf inkl. Publikationsliste
* Zeugnisse in Kopie (Abiturzeugnis, Zeugnis über die ärztliche Prüfung, Approbationsurkunde, Promotionsurkunde)
* Einverständnis- und Unterstützungsschreiben des/der Klinik- oder Institutsdirektors/in mit kurzer Stellungnahme zur inhaltlichen und methodischen Qualität des Forschungsansatzes sowie der Zusicherung einer Erst- oder LetztautorInnenschaft für die Antragstellerin für die Arbeiten, die durch die SHK unterstützt werden

Information gemäß Artikel 13 DS-GVO  
(Datenschutzgrundverordnung)

Wir legen großen Wert auf den Schutz Ihrer Daten.

Gemäß Artikel 13 DS‑GVO informieren wir Sie daher nachfolgend über die Verarbeitung der von Ihnen im Rahmen des Bewerbungsverfahrens zur Verfügung gestellten personenbezogenen Daten.

1. **Welche Daten/Datenarten sind konkret betroffen?**Folgende personenbezogene Daten stellen Sie uns im Rahmen Ihrer Bewerbung zur Verfügung:

* Stammdaten (wie z. B. Vorname, Name Geburtsdatum)
* Kontaktdaten (wie z. B. Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)
* Angaben zur Ausbildung
* Angaben zum derzeitigen Arbeitsverhältnis

1. **Verarbeitungszwecke**Die uns zur Verfügung gestellten personenbezogenen Daten werden ausschließlich für Ihre Bewerbung für das Habilitandinnen-Förderprogramm der Universitätsmedizin Essen verwendet.
2. **Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung**  
   Rechtsgrundlage für die Verarbeitung sind Art. 6 Abs. 1 lit. b) DS-GVO, § 26 BDSG, § 18 DSG NRW.
3. **Empfänger und Weitergabe Ihrer Daten an Dritte**

Innerhalb der Universitätsmedizin Essen erhalten nur die Personen und Stellen Ihre personenbezogenen Daten, die für das konkrete Bewerbungsverfahren zuständig sind. Soweit im Rahmen des Bewerbungsverfahrens aufgrund gesetzlicher Vorgaben zuständige Gremien der Universität Duisburg-Essen zu beteiligen sind, werden Ihre Daten im Wege der Auftragsverwaltung weitergegeben.

Im Rahmen der Verarbeitung können Ihre Daten auch an öffentliche Stellen, die Ihre Daten aufgrund gesetzlicher Vorschriften erhalten müssen sowie ggf. an externe Unternehmen (z. B. Geldinstitute zur Abwicklung von Zahlungen an Sie) übermittelt werden.

1. **Übermittlung von personenbezogenen Daten in ein Drittland**

Wir übermitteln keine personenbezogenen Daten an Drittländer.

1. **Dauer der Speicherung/Kriterien für die Festlegung der Speicherdauer und Löschung**Sollten Sie in das Projekt aufgenommen werden, speichern und verarbeiten wir Ihre Daten für die Laufzeit des Projekts und werden die Daten 3 Jahre nach Projektabschluss löschen. Sollten Sie nach Abschluss des Bewerbungsverfahrens nicht eingestellt werden, werden wir Ihre Daten nach Ablauf einer Frist von 6 Monaten löschen.
2. **Hinweis auf Rechte der Betroffenen**Gemäß Art. 13 Abs. 2 lit. b) DS-GVO haben Sie das Recht auf:

* Auskunft (Art. 15 DS‑GVO und § 34 BDSG)
* Berichtigung (Art. 16 DS‑GVO)
* Löschung (Art. 17 DS‑GVO und § 35 BDSG)
* Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DS‑GVO)
* Widerspruch gegen unzumutbare Datenverarbeitung (Art. 21 DS‑GVO und § 36 BDSG)

Möchten Sie eins dieser Rechte in Anspruch nehmen, wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des Universitätsklinikum Essen.

1. **Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde**Weiterhin haben Sie das Recht, Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde einzureichen:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit  
Nordrhein‑Westfalen  
Postfach 20 04 44  
40102 Düsseldorf  
Telefon: 0211 38424‑0

1. **Namen, Kontaktdaten des Verantwortlichen**Die Verantwortung für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten hat:

Universitätsklinikum Essen AöR  
Hufelandstr. 55  
45147 Essen  
Telefon: 0201 723‑0

1. **Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten**

Universitätsklinikum Essen AöR  
Datenschutzbeauftragter  
Hufelandstr. 55  
45147 Essen  
Telefon: 0201 723‑0  
E-Mail: datenschutz@uk-essen.de