FB 16

Institut für Pharmakologie und Klinische Pharmazie

Prof. Dr. Carsten Culmsee

Zertifikatskoordination

Karl-von-Frisch-Straße 2
D-35043 Marburg

Zulassungsantrag zum Zertifikatskurs

„Pharmakogenomik“

Bitte füllen Sie das Formular am Computer aus und drucken Sie es dann für den Versand aus,

oder reichen Sie es online ein: puddu@staff.uni-marburg.de

gewünschter Studienbeginn: WS 2025/26

|  |
| --- |
| **1) Angaben zur Person** |
| **Familienname:** |  |
| **Vorname:** |  |
| **Geburtsname:** |  |
| **Geburtsdatum:** |  | **Geburtsort:** |  |
|  |  |
|  |
| **Geschlecht:** |  | **Staatsangehörigkeit:** |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **2a) Korrespondenzadresse** |
| **Straße Nr.:** |  |
| **Postzusatz (c/o):** |  |
| **PLZ (Postcode):** |  | **Ort:** |  |
|  |  |
|  |
| **Land:** |  |
| **Email:** |  |
| **Telefon:** |  | **Mobil:** |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **2b) Heimatadresse (falls abweichend von der Korrespondenzadresse):** |
| **Straße Nr.:** |  |
| **Postzusatz (c/o):** |  |
| **PLZ (Postcode):** |  | **Ort:** |  |
|  |  |
|  |
| **Land:** |  |

|  |
| --- |
| **3) Höchster Hochschulabschluss** |
| **Studiengang:** |  |
| **Art des Abschlusses:** |  |
| **Hochschule, Ort:** |  |
| **Datum des Erwerbs:** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **5) Berufserfahrung:** |  |
| **Aktuelle berufliche Position:** |  |
| **Arbeitgeber:** |  |
| **Bisherige Berufserfahrung:** | **von** | **bis** |
| **1)** |  |  |
| **2)** |  |  |
| **3)** |  |  |
| **4)** |  |  |
| **5)** |  |  |
| **6)** |  |  |
| **7)** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **6) Studium** |  |
| **Fach, Universität, ggf. Abschluss** |  | **von** |  | **bis** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **1)** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **2)** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **3)** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **4)** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **5)** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **6)** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **7)** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Der Bewerbung sind folgende Dokumente beigefügt:** |  | **Ja** |  | **Nein** |  | **Kommentar** |  |
| **Nachweis über einen Hochschulabschluss in Medizin oder Pharmazie**  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tabellarischer Lebenslauf** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nachweise über eine mindestens zweijährige Berufserfahrung**  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Weitere Unterlagen (z.B.: Approbationsurkunde, etc.)** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Erklärung der/des Studienbewerberin/-bewerbers:

Ich versichere, dass meine Angaben wahr und vollständig sind und ich bin mir bewusst, dass bei festgestellten, unwahren oder unvollständigen Angaben die Anmeldung für den Zertifikatskurs zurückzunehmen ist.

Änderungen der Anschrift und des Personenstandes werde ich der Zertifikatskoordination unverzüglich anzeigen.

 **Wir erheben analog zu § 2 Abs. 2 Nr. 1-8 und 14, § 3 Abs. 4 Nr. 1 und 3, § 14 Abs. 1 sowie § 15**

**Abs. 1 und 2 der Immatrikulationssatzung der Philipps-Universität Marburg,** **falls sie für die Organisation und Durchführung des Zertifikatskurses notwendig sind, die im Formular abgefragten personenbezogene Daten. Wir verarbeiten Ihre Daten gemäß den Vorgaben der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) und des Hessischen Datenschutz- und Informationsfreiheitsgesetzes (HDSIG). Sie haben jederzeit die Möglichkeit, von der Philipps-Universität Marburg unter der oben angegeben Anschrift Auskunft über meine Daten zu erhalten oder deren Löschung zu verlangen.** **Ansprechpartner sowie Ihre Rechte als Betroffene können Sie unter** [**https://www.uni-marburg.de/de/datenschutz**](https://www.uni-marburg.de/de/datenschutz) **einsehen.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ort, Datum** |  | **Unterschrift** |  |