

ABMELDUNG / UMMELDUNG
Außerplanmäßige Professoren (APL)

Titel Vorname(n) Name	
Geburtsdatum	
Email	
Bezeichnung / Anschrift der derzeitigen Einrichtung	
Verleihung APL an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig Datum:	
Weggang zum:	
Bezeichnung / Anschrift der neuen Einrichtung	
damit:	<input type="checkbox"/> Wechsel an externe Einrichtung <input type="checkbox"/> Wechsel an Lehrkrankenhaus der Universität Leipzig
Lehraufgaben an der Universität Leipzig im Umfang von mindestens zwei Semesterwochen- stunden	<input type="checkbox"/> sind beendet <input type="checkbox"/> werden im geforderten Umfang fortgeführt
Anmerkungen (fakultativ)	
digitale Unterschrift (fakultativ)	
Datum:	
ausgefüllte Vorlage senden an Referat Akademische Angelegenheiten	karen.franz-lueer@medizin.uni-leipzig.de