

**ABMELDUNG / UMMELDUNG
PRIVATDOZENTEN**

Titel Vorname(n) Name	
Geburtsdatum	
E-Mail	
Bezeichnung / Anschrift der derzeitigen Einrichtung	
Verleihung PD 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	ingrid.schroeder@medizin.uni-leipzig.de