

**Madeleine Schickedanz-Fellowships  
für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie**

Madeleine Schickedanz-KinderKrebs-Stiftung  
Lerchenstr. 83  
90768 Fürth-Dambach

Tel.: (0911) 14-22200 oder 14-22201, Fax: (0911) 14-24543,  
E-Mail: [info@kinderkrebsstiftung-schickedanz.de](mailto:info@kinderkrebsstiftung-schickedanz.de)

*Bewerbungsformular*

**Bewerbung um ein Madeleine Schickedanz-Fellowship  
für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie**

Beantragter Stipendienzeitraum (TT.MM.JJ – TT.MM.JJ)

Anzahl der Monate

Forschungsinstitution

**Persönliche Daten**

Name

Vorname(n)

Früherer Name

Geburtsdatum (TT.MM.JJ)

Gegenwärtige berufliche Stellung

Akademischer Grad

Derzeitige Staatsangehörigkeit

Geschlecht:

männlich

weiblich

**Forschungsgebiet**

Oberbegriff

Spezialgebiet

**Weitere berufliche Pläne nach dem Fellowship**

\*

## Abteilung/Institut, an dem Sie derzeit tätig sind

Abteilung/Institut

Institution

Straße oder Postfach

Tel.

Fax

Postleitzahl

Ort

Land

E-Mail

## Privatanschrift

Straße oder Postfach

Tel.

Fax

Postleitzahl

Ort

Land

E-Mail

## Korrespondenzadresse

Welche Adresse soll für die Korrespondenz benutzt werden?

Dienstadresse

Private Adresse

### Hochschulausbildung

Zeitraum (MM.JJ - MM.JJ)	Institution	Ort	Examina	Studiengang

### Beruflicher Werdegang

Zeitraum (MM.JJ - MM.JJ)	Institution	Ort	Bezeichnung der Tätigkeit

### Thema der Doktorarbeit

\_\_\_\_\_

Doktorarbeit oder Teile der Doktorarbeit wurden veröffentlicht

## Bisherige Stipendien

Zeitraum (MM.JJ - MM.JJ)	Institution	Ort	Land	Finanziert durch

## Angaben zum Forschungsprojekt

Arbeitstitel Ihres Forschungsvorhabens:

Kurze inhaltliche Formulierung (max. 15 Zeilen) des geplanten wissenschaftlichen Vorhabens:

## Haben Sie schon einmal eine Förderung durch die Madeleine Schickedanz-KinderKrebs-Stiftung

Nein  Ja \_\_\_\_\_  
Jahr

Wie sind Sie auf das Fellowship-Programm aufmerksam

## Bewerben Sie sich zur Zeit auch an einer anderen Stelle um ein Fellowship oder Stipendi-

Nein  Ja

Wenn ja, wo?

## Daten zur Festsetzung der Höhe des Förderungsbeitrags

Derzeitiges Vertragsverhältnis als:

Arbeitgeber

### Einstufung

Tarif-/Besoldungsgruppe: \_\_\_\_\_

Lebensaltersstufe: \_\_\_\_\_

Höhe der momentanen monatl. Vergütung:

Welchen finanziellen Beitrag hat die beschäftigende Institution zugesagt? \_\_\_\_\_

## Name und Adresse des/der derzeitigen Vorgesetzten

\_\_\_\_\_ Titel Name Vorname

Abteilung/Institut

Institution

Straße oder Postfach

\_\_\_\_\_ Postleitzahl Ort Land

## Name und Adresse des Vorgesetzten bzw. Betreuers während des Fellowships

\_\_\_\_\_ Titel Name Vorname

Abteilung/Institut

Institution

Straße oder Postfach

\_\_\_\_\_ Postleitzahl Ort Land

Wissenschaftler, die die geforderten zwei Gutachten über Sie erstellt haben

_____	_____	_____
Titel	Name	Vorname
_____		
Abteilung/Institut		
_____		
Institution		
_____		
Straße oder Postfach		
_____		
_____	_____	_____
Postleitzahl	Ort	

_____	_____	_____
Titel	Name	Vorname
_____		
Abteilung/Institut		
_____		
Institution		
_____		
Straße oder Postfach		
_____		
_____	_____	_____
Postleitzahl	Ort	

Ich erkläre hiermit, dass diese Angaben richtig und vollständig sind, und dass ich physisch und psychisch in der Lage bin, das geplante Forschungsvorhaben durchzuführen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine der Madeleine Schickedanz-KinderKrebs-Stiftung vorliegenden Daten gespeichert und im Falle der Förderung Name, Fachgebiet, Arbeitsadresse, Förderungszeitraum und weitere förderungsassoziierte Informationen durch die Stiftung veröffentlicht werden.

_____	_____
Datum	(Unterschrift)