



LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN



Bestätigung der Betreuerin/des Betreuers

Hiermit wird bestätigt, dass Frau / Herr..... ,
geb. , Matr.-Nr. im
WiSe/SoSe unter meiner Aufsicht wissenschaftlich arbeiten wird.

Das Thema bzw. die wissenschaftliche Arbeit befasst sich mit:

*(Im folgenden Feld soll die wissenschaftliche Arbeit in einer halbseitigen Kurzbeschreibung **detailliert** beschrieben werden. Bitte vergessen Sie nicht, dass diese halbseitige Kurzbeschreibung **von der Betreuungsperson unterschrieben und gestempelt** werden muss.)*



- Der wöchentliche Arbeitsaufwand beträgt mindestens 20 Stunden für eine Dauer von 12 Wochen.
- Gegen Ende der Projektlaufzeit präsentiert der/die Studierende die Ergebnisse der wissenschaftlichen Arbeit im Rahmen eines Kolloquiums. Dieses besteht aus einem Referat (10 min.) mit anschließender Diskussion (5 min.). Die Studierenden erhalten individuelles Feedback mittels eines Bewertungsbogens. Eine Bestätigung über die Teilnahme erfolgt auf dem Deckblatt des Forschungsberichts.
- Während des Modul 6 ist die Teilnahme an Lehrveranstaltungen zum wissenschaftlichen Arbeiten im Umfang von 24 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten erforderlich. Zur Dokumentation wird ein Logbuch geführt.

Mit freundlichen Grüßen

.....
Name und Unterschrift des habilitierten Betreuers
Instituts-/ Klinikstempel

.....
Datum