

**Zielvereinbarung für ein Habilitationsvorhaben in  
der Fakultät für Gesundheit**

Habilitandin/Habilitand

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geb. \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort, Strasse \_\_\_\_\_  
Dienst-Tel./Mobil-Nr. \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_  
angestellt bei \_\_\_\_\_

Mentorin/Mentor:

Universitätsprofessorin/Universitätsprofessor bzw. apl. Professorin/apl. Professor

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Institut, Klinik \_\_\_\_\_

Forschungsgebiet

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Arbeitstitel der Habilitation

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fachgebiet, in dem die Habilitation angestrebt wird

---

---

---

---

Zeitplan

---

---

---

---

Datum:

---

Habilitandin/Habilitand

---

Mentorin/Mentor:

Universitätsprofessorin/Universitätsprofessor bzw. apl. Professorin/apl. Professor