|  |
| --- |
| TUM Medical Graduate Center  Fakultät für Medizin  Ismaninger Str. 22  81675 München |

Antrag auf Wechsel des/der Betreuer/in und /oder Mentor/in

*Request for changing supervisor and/or mentor*

Hiermit beantrage ich den Wechsel meines/r / *I apply for changing my:*

1. Betreuer/in / *1st supervisor*

2. Betreuer/in / *2nd supervisor*

Mentor/in / *mentor*

Grund für den Wechsel / *reason for this change:*

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Name**  ***name*** | **Unterschrift**  ***signature*** |
| **Doktorand/in**  ***doctoral candidate*** |  |  |
| **aktuelle(r) 1. Betreuer/in**  ***current 1st supervisor*** |  |  |
| **neue(r) 1. Betreuer/in**  ***new 1st supervisor*** |  |  |
| **aktuelle(r) 2. Betreuer/in**  ***current 2nd supervisor*** |  |  |
| **neue(r) 2. Betreuer/in**  ***new 2nd supervisor*** |  |  |
| **aktuelle(r) Mentor/in**  ***current mentor*** |  |  |
| **neue(r) Mentor/in**  ***new mentor*** |  |  |

Bitte beachten Sie, dass das Formular von allen – aktuellen und neuen – Beteiligten unterschrieben werden muss. /

*Please note that this form has to be signed by all persons involved – current and new.*