Stand 04.07.2024

Universität Ulm

Gleichstellungsreferat

[gleichstellungsbeauftragte@uni-ulm.de](mailto:gleichstellungsbeauftragte@uni-ulm.de)

**Förderprogramme für Wissenschaftlerinnen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Beantragte Maßnahme**  (bitte ankreuzen) | Projektanschubfinanzierung (für Hilfskräfte, Sachmittel, Probandenvergütungen)  Mobilität (Forschungsaufenthalt)  Überfachliche Qualifizierung (Boost your career!) | |
| Name der Antragstellerin:  E-Mail dienstlich: |  | |
| Fakultät:  Institut/Klinik:  Betreuende Einrichtung: (falls abweichend) |  | |
| Ich versichere hiermit, dass ich alle Angaben im beiliegenden Antrag wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Für dieses Vorhaben wurde zeitgleich keine anderweite Unterstützung durch ein universitätsinternes Förderprogramm bewilligt. Falls sich dies ändert, werde ich umgehend die Projektkoordination informieren. | | |
| Unterschrift Antragstellerin: |  | |
| Ich versichere, den mir zur Unterschrift vorgelegten Antrag gelesen zu haben, und befürworte das beantragte Vorhaben. | | |
| Wissenschaftlich betreuende Person | Name | Unterschrift |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Interne Vermerke der Projektkoordination***  ***Antrag Nr****.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | | |
| Das beantragte Vorhaben wird bewilligt  Das beantragte Vorhaben wird nicht bewilligt | | |
| Datum |  | Unterschrift |

Antragsformular „Förderprogramme für Wissenschaftlerinnen“

**Überfachliche Qualifizierung (Boost your Career!)**

Eine Maßnahme aus dem Professorinnen-Programm III

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Status der Antragstellerin: | Promovendin  Postdoktorandin  Habilitandin  habilitierte Wissenschaftlerin  seit: \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_  **Beschäftigungsverhältnis** mit  UUlm  UKU bis voraussichtl. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(aktuelles Vertragsende)*  oder:  **Stipendium** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Stipendiengeber)*  bis voraussichtl. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(aktuelles Bewilligungsende)* | |
| Angaben zur Qualifizierungsmaßnahme: | Bezeichnung*:*  Anbieter/Veranstalter:  Datum:  Ort: | |
| Kosten *(realistische Schätzung):* | Betrag in EUR | |
| Teilnahmegebühr *(max. 850 €)* |  |
| Reisekosten *(geschätzt, max. 500 €)* |  |
| **Beantragte Gesamtsumme** *(max. 1.350 €)* |  |
| Ziel der Qualifizierungsmaßnahme:  *(Bitte beschreiben Sie* ***kurz*** *den Grund für die Wahl Ihrer Qualifizierungsmaßnahme und wie Sie davon für Ihre persönliche Karriereentwicklung profitieren werden)* |  | |

**Anlage:**

Angebot oder Veranstaltungsinformation des Anbieters