**Absender :**

Medizinische Fakultät

Frau

Prof. Dr. Sabine Herpertz

Leiterin des MME - Studienganges

Studiendekanin der Medizinischen Fakultät

Universität Heidelberg

Im Neuenheimer Feld 346

69120 Heidelberg

Datum:

**Aufbaustudiengang: „Master of Medical Education – Deutschland“**

Sehr geehrte Frau Prof. Herpertz,

hiermit schlägt unsere Fakultät Herrn /Frau ……….…für die Aufnahme in den Studiengang „Master of Medical Education“ des MFT zum Oktober 2019 vor.

Folgende Unterlagen sind beigefügt:

- Kurzlebenslauf

- Nachweis eines mit überdurchschnittlichem Erfolg bestandenen Abschlusses in den Studiengängen Humanmedizin, Zahnmedizin, Biologie, Chemie, Physik, Psychologie, Pädagogik, Soziologie Gesundheitswissenschaften oder Pflege- und Therapiewissenschaften mit Hochschulabschluss / Fachhochschulabschluss mit Diplom bzw. Master sowie in der Lehre an Medizinischen Fakultäten beteiligten Berufsgruppen oder in Studiengängen mit im Wesentlichen gleichem Inhalt an einer in- oder ausländischen Hochschule für den bzw. die eine Regelstudienzeit von mindestens vier Studienjahren festgesetzt ist oder eines als gleichwertig anerkannten Abschlusses

Bei der Bewertung des überdurchschnittlichen Ergebnisses kann insbesondere die

Hochschulabschlussnote von mindestens 2,5 im Erststudium berücksichtigt werden.

- Nachweis über eine mindestens einjährige einschlägige Berufserfahrung

- Übersicht zu Tätigkeit und Qualifikation in der Lehre mit entsprechenden Nachweisen (s. Dokument: Tätigkeit und Qualifikation in der Lehre)

- Mit eigenem Kompetenzprofil ausgefüllte Rollenmatrix (Erläuterungen dazu im Anhang)

- Vorlage eines Projektentwurfs zur Verbesserung der Lehre an Ihrer Fakultät, der die

Zielsetzung, Machbarkeit und curriculare Verankerung beinhaltet

- Nachweis Zulassungsordnung §2(2)

- Unterstützungsschreiben des direkten Vorgesetzten

- Zusage für die Freistellung von Zeitkontingenten für den Masterabschluss

|  |
| --- |
| **Kontaktdaten des Bewerbers**  Name:  Institution:  Straße:  Stadt:  Postleitzahl:  Tel.:  Fax:  E-Mail: |

**Rechnungsadresse Studiengebühren**

Name:

Institution:

Straße:

Stadt:

Postleitzahl:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

………………………..

(Unterschrift)