|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | AnzeigebogenProjektantrag Berlin University Alliance |
| Über das Dekanat an  PB3/Referat für Strategieentwicklung  Teil F zurück an Antragssteller\*in (nur Teil F wird im Antragsportal hochgeladen) | | |
| **A. Angaben zur Projektleitung** | | |
| Name, Vorname, Titel: |  | |
| OKZ des/r Projektleiters/in: |  | |
| Fakultät / ZI / ZE / ZUV: |  | |
| Institut oder Organisationseinheit: |  | |
| Telefon: |  | |
| Email: |  | |
| ggf. weitere Projektleiter/innen oder Projektbeteiligte an der eigenen Institution: |  | |
| **B. Angaben zum Projektantrag** | | |
| Förderlinie/-format: | BUA-NUS Exploration Project Global Health | |
| Projekttitel: |  | |
| Projektbeginn: |  | |
| Projektende: |  | |
| Summe der über die HU beantragten Mittel |  | |
| Projektpartner\_innen (bitte alle beteiligten Institutionen und Personen auflisten): |  | |
| **C. Angaben zur Durchführung, ggf. Prüfung durch das Dekanat** | | |
| Steht die Projektleitung bis zum Projektende in einem Arbeitsver­hältnis mit der eigenen Institution? | ja  nein, Beschäftigungsverhältnis endet am  eigene Stelle wird im Rahmen des Projekts mitbeantragt | |
| Außer den Projektmitteln benötigt das Forschungsvorhaben: | zusätzliche Räume:  zusätzliche Sachmittel:  zusätzliches Personal:  zusätzliche IT-Ressourcen:  **Zusätzlichen Bedarf bitte ausreichend spezifizieren.**  keine zusätzliche Ausstattung | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Konkretisierung der im Projekt geplanten Personalausstattung  (Es handelt sich um Haushaltsmittel. Bitte beachten Sie die personalrechtlichen Vorgaben [WissZeitVG], die daraus resultierende maximale Höchstbeschäftigungsdauer, LVVO: | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **Art der Beschäftigung  (WiMi, SoMi, StudHK)** | **Arbeitszeit (in %)** | **Geplante Vertragsdauer** | **Sich daraus ergebende Lehrkapazität (SWS)** | | **1** |  |  |  |  | | **2** |  |  |  |  | | **3** |  |  |  |  | | **4** |  |  |  |  | | **5** |  |  |  |  | | **6** |  |  |  |  | | **7** |  |  |  |  | |
| Verpflichtet sich die eigene Institution zu Leistungen über das Projektende hinaus? | ja, in folgender Form und für den folgenden Zeitraum:    nein |
| Voraussichtliche Besonderheiten der Mittelverausgabung (z.B. freihändige Vergabe): | ja, bitte begründen Sie die Notwendigkeit der Verausgabungsmodi:    nein |

|  |
| --- |
| **D. Erklärung zur Vollständigkeit und Richtigkeit durch die Projektleitung**  ***Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Datum / Unterschrift Projektleitung |

|  |
| --- |
| **E. Stellungnahme des Dekanats bzw. der Organisationseinheit**  ***Die im Anzeigebogen gemachten Angaben wurden durch den Fachbereich geprüft, Grund- und zusätzliche Ausstattung sowie ggf. Eigenanteil werden bestätigt.***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Datum / Unterschrift Verwaltungsleitung des Dekanats bzw. Leitung der Organisationseinheit |

Zurück an die/den Antragsteller\*in

|  |
| --- |
| **F. Kenntnisnahme der Fakultätsgeschäftsführung/Verwaltungsleitung**  Folgender Antrag wurde der Fakultät/Organisationseinheit vor der Einreichung zur Kenntnisnahme vorgelegt und der vollständige Anzeigebogen übermittelt:  **Projekttitel:**  **Fakultät/Organisationseinheit:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Datum / Unterschrift Verwaltungsleitung  **Ggf. zusätzlich nach Ermessen der Fakultät:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Datum / Unterschrift Dekan/in bzw. Leitung der Einrichtung |