An das Dekanat

Von-Siebold-Straße 3

Per E-Mail: FFP@med.uni-goettingen.de

**Antrag auf Bonus bei Erstbewilligung einer DFG-Sachbeihilfe**

**fakultätsinternes Forschungsförderungsprogramm 2023**

**Universitätsmedizin Göttingen (UMG)**

|  |  |
| --- | --- |
| **I.** | **Antragsteller/in:** |
|  | Name und Titel: |       |
|  | Vorname: |       |
|  | Geburtsdatum: |       |
|  | Klinik/Institut: |       |
|  | Klinik-/Institutsadresse: |       |
|  | Telefon Antragsteller\*in:       | E-Mail\*:      \*Bitte geben Sie eine **aktuelle** E-Mail Adresse an, da ein Teil der Korrespondenz mit den Geförderten auf diesem Wege erfolgt |
|  | Beschäftigungsstatus | In der Klinik / Im Institut beschäftigt seit       |
|  | [ ]  unbefristet | [ ]  befristet bis       |
|  | [ ]  aus Plan-/Haushaltsmitteln finanziert | [ ]  aus Drittmitteln finanziert |
|  | Position (z.B. Assistenzarzt, Wiss. MA):       |
|  | Tarifgruppe (E13, E14 etc.):       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **II.** | **bewilligtes DFG Projekt:** | (Bewilligungsbescheid und Kurzfassung beifügen) |
|  | Thema: |       |
|  | Laufzeit: |       |
|  | Projektleiter\*in: |       |
|  | DFG Förderkennzeichen: |       |
|  | Kostenstelle: |       |
|  | Höhe der Bewilligungssumme (ohne Programmpauschale) | **€** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **III.** | **Beantragte Mittel:** |  |
|  | Pauschale Zuweisung von 20% der Bewilligungssumme ohne Programmpauschale des jeweiligen Drittmittelprojektes: | **€** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datum und Unterschrift****des/der Antragsteller\*in** |  | **Direktor\*in der Klinik/des Instituts/der Einrichtung** |

**Antrag**

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | **Auflistung aller bisher geförderten bzw. derzeit beantragten Drittmittel der Antragsteller\*in** (Stipendien, Sachbeihilfen; Bewilligungsbescheide und Kurzfassungen bzw. Anträge beifügen). |
| **2** | **Besonderheiten/Anmerkungen des/der Antragsteller\*in**: |