

FELLOWSHIPS FÜR INNOVATIONEN IN DER DIGITALEN HOCHSCHULLEHRE

Hochschule

Hochschule

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

Fakultät/Fachbereich/Institut

Fakultät/Fachbereich/Institut

Anschrift

Anschrift

Telefonnummer

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

E-Mail-Adresse

Projekttitel

- ☐ Ich habe die Datenschutzerklärung des Stifterverbandes gelesen und stimme ihr zu.
- ☐ Ich verpflichte mich, im Falle einer Aufnahme ins Fellowship-Programm für die Dauer des Entwicklungsvorhabens einmal pro Semester an den Fellow-Treffen sowie aktiv an den gemeinsam mit dem eTeach-Netzwerk Thüringen durchgeführten Veranstaltungen teilzunehmen.

Datum und Unterschrift des potentiellen Fellows

Datum und Unterschrift des potentiellen Fellows

- ☐ Die Entwicklung und Erprobung der geplanten Lehrinnovation werden von der Hochschulleitung und der Fakultät/dem Fachbereich befürwortet. Im Fall einer geplanten Deputatsreduktion unterstützen die Hochschulleitung und die Fakultät/der Fachbereich die Lehrentlastung. Zudem unterstützt die Fakultät/der Fachbereich die Teilnahme an den verpflichtenden Fellowtreffen.

Datum und Unterschrift des (Studien-)Dekans/
der (Studien-) Dekanin

Datum und Unterschrift des (Studien-)Dekans/
der (Studien-) Dekanin

Datum und Unterschrift eines Mitglieds der Hochschulleitung

Datum und Unterschrift eines Mitglieds der Hochschulleitung