



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 Fellowshipprogramm für die Dauer des Entwicklungsvorhabens einmal pro Semester an den Fellow-Treffen sowie aktiv an der gemeinsam mit dem eTeach-Netzwerk Thüringen durchgeführten Konferenz 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 und unterstützt.

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



EXZELLENZ[®]
IN DER
LEHRE