

# Zusatzblatt zur Prüfungskommission

*(Doctoral Defense Examination Commission Form)*

## **Bescheinigung der wissenschaftlichen Unabhängigkeit der Prüfungskommission für das Promotionsverfahren an der Fakultät für Biowissenschaften der Universität Heidelberg von:**

*(Affirmation of scientific independence among members of the Doctoral Examination Commission at the oral defense examination to take place at the Faculty of Biosciences of the Heidelberg University of:)*

Herr / Frau

\_\_\_\_\_  
*(Vorname, Name und Geburtsdatum Kandidat/in) (First Name, Last Name, Date of Birth of doctoral candidate)*

### **Prüfungskommission:** *(Examination Commission Members:)*

1. Fakultätsgutachter/in: \_\_\_\_\_

*(Titel, Vorname, Name) ( Faculty Supervisor: Title, First Name, Last Name)*

2. Gutachter/in: \_\_\_\_\_

*(Titel, Vorname, Name) (Reviewer: Title, First Name, Last Name)*

3. Weiteres Mitglied: \_\_\_\_\_

*(Titel, Vorname, Name) ( 3rd Commission Member: Title, First Name, Last Name)*

4. Weiteres Mitglied: \_\_\_\_\_

*(Titel, Vorname, Name) ( 4th Commission Member: Title, First Name, Last Name)*

### **Erklärung gemäß § 10 (1) (Anlage 2) der Promotionsordnung:**

*(Declaration as per §10 (1) Addendum 2 of the Doctoral Degree Regulations:)*

**Als Gutachter und Mitglied der Prüfungskommission erkläre ich, dass ich mit höchstens einem der oben genannten Prüfungskommissionsmitglieder in den letzten 5 Jahren gemeinsam publiziert habe bzw. momentan gemeinsam an einer Publikation arbeite.**

*(As reviewer and as a member of the examination commission, I declare that I have published with not more than one of the commission members named above within the last five years of this date, nor that I am presently in the process of doing so.)*

**Ich erkläre weiterhin, mit keinem Mitglied der Prüfungskommission verwandt oder verschwägert zu sein.** *(I further declare that I am not related either by blood or by kinship with any of the commission members mentioned above.)*

Datum, Unterschrift Fakultätsgutachter/in \_\_\_\_\_

*(Date, Signature of Faculty Reviewer)*

Datum, Unterschrift Gutachter/in \_\_\_\_\_

*(Date, Signature of Reviewer)*

Falls der/die Betreuer/in nicht (1) oder (2) der Prüfungskommission ist:

*(If the supervisor is distinct from (1) and (2) above he/she must sign below)*

Titel, Vorname, Name des/der Betreuer/in: \_\_\_\_\_

*(Title, First Name, Last Name of Supervisor)*

Datum, Unterschrift Betreuer/in \_\_\_\_\_

*(Date, Signature of Supervisor)*