

FELLOWSHIPS FÜR INNOVATIONEN IN DER DIGITALEN HOCHSCHULLEHRE

Hochschule

Titel, Vorname, Name (des potentiellen Fellows)

Fakultät/Fachbereich/Institut

Anschrift

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Projekttitel

Ich verpflichte mich, im Falle einer Aufnahme ins Fellowshipprogramm für die Dauer des Entwicklungsvorhabens einmal pro Semester an den Fellow-Treffen sowie aktiv an den öffentlichen Lehr-/Lern-Konferenzen teilzunehmen.

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 eines Mitglieds der Hochschulleitung

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

Ministerium für Innovation,
Wissenschaft und Forschung
des Landes Nordrhein-Westfalen



STIFTERVERBAND
Bildung. Wissenschaft. Innovation.