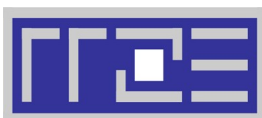


## Antrag auf IdM-Kennung der FAU

Regionales Rechenzentrum Erlangen (RRZE) ■ Martensstraße 1 ■ 91058 Erlangen

Rückfragen bitte an: [rrze-zentrale@fau.de](mailto:rrze-zentrale@fau.de)

<input type="checkbox"/> Neuantrag <input type="checkbox"/> Folgeantrag	Gewünschtes Ablaufdatum: <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ggf. vorhandene IdM-Kennung: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>Angaben zum Nutzer</b>			
Vollständiger Vorname:	<input type="text"/>	Titel:	<input type="text"/>
Nachname:	<input type="text"/>	Namenszusatz:	<input type="text"/>
Geburtsort:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Nationalität:	<input type="text"/>	Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> nicht spezifiziert
<b>Kontaktadresse</b>	<b>Adresse d. FAU-Organisationseinheit</b> <small>Angabe des Dienstortes, falls die FAU-Organisationseinheit mehrere Adressen hat</small>	<b>Adresse für Postzustellung (verbindlich)</b> <small>Angabe der Privatadresse bzw. der Firmenadresse</small>	
Name:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Adresszusatz / Raumnummer:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße, Hausnr.:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PLZ, Ort:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Land:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
E-Mail:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ich bestätige hiermit die Korrektheit der vorangehenden Angaben.			
Ort, Datum: <input type="text"/>		Unterschrift (Nutzer): .....	
<b>Angaben zur FAU-Organisationseinheit</b> <small>Beschäftigende / beauftragende / gastgebende / kooperierende Stelle auf FAU-Seite</small>			
FAU-Organisationseinheitennummer:		RRZE-Kundennummer:	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	



Aus Gründen der Klarheit und Verständlichkeit wurde auf eine sprachliche Differenzierung zwischen weiblicher und männlicher Form im Wortlaut dieses Dokuments verzichtet. Alle Geschlechter sind in gleicher Weise gemeint.

## Angaben zum Nutzertyp

Bitte wählen Sie nur **einen** Nutzertyp aus:

Beschäftigter:

- Beschäftigter (vorab)
- Beschäftigter (gewesen)
- Ehrenamtlich Tätiger

Studierender:

- Frühstudierender
- Kooperationsstudierender

Sonstiger:

- Gastdozent
- Gastwissenschaftler
- Praktikant
- Entsandte Person
- Service-Partner
- Beschäftigte ext. Kunden
- Sonstiger

Bitte fügen Sie dem Antrag die ggf. benötigten Grundlagen für die Vergabe von Dienstleistungen (Verträge, Urkunden etc.) bei. Details finden Sie unter: [www.idm.fau.de/aim/docs/affiliations](http://www.idm.fau.de/aim/docs/affiliations) (Spalte „Grundlagen für die Vergabe von Dienstleistungen“)

Erläuterung zur Auswahl des Nutzertyps (wenn in Spalte „Hinweise“ gefordert):

IdM-Kennung des Ansprechpartners: <div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between; width: 100%; height: 15px;"> <span style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></span> </div>	IdM-Ansprechpartner (bitte Name in Klarschrift): <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
Name/Stempel der FAU-Organisationseinheit: <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>	Ort, Datum: Unterschrift (IdM-Ansprechpartner): <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>

**Auszufüllen von einem IdM-Ansprechpartner oder von einem Mitarbeiter einer RRZE-Service-Theke**  
**Nur bei Neuantrag auszufüllen**

Ausweis kontrolliert: <input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/> Aufenthaltstitel Ausweisnummer: .....	Sonstige Nachweise: <input type="checkbox"/> Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....
--	--

Der IdM-Ansprechpartner bzw. ein Mitarbeiter einer RRZE-Service-Theke hat die Angaben des Nutzers, insbesondere den vorgelegten Ausweis sowie die erforderlichen Nachweise, überprüft und bestätigt.	IdM-Ansprechpartner bzw. RRZE-Mitarbeiter (bitte Name in Klarschrift): ..... Unterschrift des IdM-Ansprechpartners bzw. eines Mitarbeiters einer RRZE-Service-Theke: .....
--	---

**RRZE-interne Vermerke (von einer RRZE-Service-Theke auszufüllen)**

RRZE-Mitarbeiter (bitte Name in Klarschrift): .....

Hinweise / Anlagen / Fallnummer: