**Stellungnahme Betreuungsperson**

***Clinician Scientist Qualification Fellowship***

*Bitte füllen Sie das Formular digital aus (max. 1 Seite; Schriftgröße 11 Arial; erklärende Texte können entfernt werden)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Antragsteller\*in** | [Vorname, Nachname] |
| **Name der Betreuungsperson** | [Titel] [Vorname] [Nachname],  [Arbeitsgruppe/universitäre Fachklinik oder kooperierende Fachklinik des HDZ], [Klinikum/HDZ], [Funktion]  [Emailadresse] |

|  |
| --- |
| **Besondere Qualifizierung der\*des Antragstellerin\*Antragsstellers für die Förderung durch ein Clinician Scientist Qualification Fellowship**  *Warum ist der\*die Antragsteller\*in aus Ihrer Sicht besonders qualifiziert für eine Förderung im CSQF? Worin zeigen sich das besondere Interesse und die Motivation der\*des Antragstellerin\*Antragstellers an der Forschung und an einem weiteren Karriereweg als Clinician Scientist?* |
| [TEXT] |
| **Wissenschaftlicher Anspruch des Promotionsprojektes sowie Beitrag und Relevanz für das Forschungsprofil der Medizinischen Fakultät**  *Inwiefern besitzt das geplante Promotionsprojekt Relevanz für das* [*Forschungsprofil*](https://www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/medizin/forschung/profil/) *der Medizinischen Fakultät OWL? Wie schätzen Sie den wissenschaftlichen Anspruch des Vorhabens ein?* |
| [TEXT] |
| **Umsetzbarkeit des Promotionsprojektes (Umfang, Arbeits- und Zeitplanung)**  *Wie beurteilen Sie die Umsetzbarkeit des geplanten Promotionsprojektes (z. B. Umfang, methodisches Vorgehen)? Wie realistisch schätzen Sie die Arbeits- und Zeitpläne ein?* |
| [TEXT] |

Entsprechend der vorausgegangenen Erläuterungen empfehle ich [Name der\*des Antragstellerin\*Antragsstellers] vorbehaltlos für eine Förderung im Clinician Scientist Qualification Fellowship.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift