**Unterstützungszusage durch die Fachklinikleitung für die Teilnahme am Clinician Scientist Programm der Medizinischen Fakultät OWL**

*Bitte passen Sie die grau hinterlegten Felder in diesem Formular an und lassen das ausgefüllte Formular von der Fachklinikleitung Ihres Krankenhausträgers unterzeichnen.*

**Hintergrund:**

Um zu gewährleisten, dass die Teilnehmer\*innen im Clinician Scientist Programm der Medizinischen Fakultät OWL eine ausreichende Unterstützung durch die Fachklinik erhalten, ist im Vorfeld der Förderung die Abstimmung und Zusage der Fachklinikleitung des jeweiligen Krankenhausträgers des UK OWL erforderlich. Anschließend muss dieses Formular von der Fachklinikleitung unterschrieben werden und ist der Bewerbung anzufügen.

Hiermit bestätige ich als Leitung der Fachklinik Name Fachklinik (Name Krankenhausträger) des UK OWL, dass Anrede Vorname+Nachname die volle Unterstützung bei der Teilnahme am Clinician Scientist Programm erhält. Während der Förderung durch die Medizinische Fakultät OWL, wird Anrede Nachname bei ihrer\*seiner wissenschaftlichen Zielsetzung von mir in regelmäßig stattfindenden Gesprächen, gemeinsam mit der Leitung der unterstützenden Arbeitsgruppe, klinisch und wissenschaftlich begleitet. Anrede Nachname wird ermöglicht eine aktive Rolle in der unterstützenden Arbeitsgruppe einzunehmen. Ich bin darüber informiert, dass im Falle einer Förderzusage, eine Absprache über Freistellungszeiten sowie ggf. weitere Unterstützungszusagen im Rahmen einer schriftlichen Zielvereinbarung die Voraussetzung für die Förderung von Anrede Nachname darstellt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Name der Fachklinikleitung |  | Datum, Unterschrift |