**Unterstützungszusage durch den\*die Arbeitgeber\*in 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 Ihrem\*r Arbeitgeber\*in in Ihrer Praxis unterzeichnen.*

**Hintergrund:**

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

Hiermit bestätige ich als Arbeitgeber\*in von Anrede Vorname+Nachname in der Name Praxis, dass Anrede 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 des\*der Arbeitgeber\*in |  | Datum, Unterschrift |