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

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

**Hintergrund:**

Um zu gewährleisten, dass die Teilnehmer\*innen im Clinician Scientist Programm der Medizinischen Fakultät OWL eine ausreichende wissenschaftliche Unterstützung sowie den notwendigen Zugang zu Forschungsinfrastrukturen und Verbrauchsmitteln durch die Arbeitsgruppe erhalten, ist im Vorfeld der Förderung die Abstimmung und Zusage der Leitung einer universitären Arbeitsgruppe erforderlich. Anschließend muss dieses Formular von der Arbeitsgruppenleitung unterschrieben werden und ist der Bewerbung anzufügen.

Hiermit bestätige ich als Leitung der Arbeitsgruppe Name der Arbeitsgruppe, Name der Fakultät der Universität Bielefeld, dass Anrede Vorname+Nachname unsere volle Unterstützung bei der Teilnahme am Clinician Scientist Programm erhält. Dies beinhaltet auch die Zurverfügungstellung der Infrastruktur (z. B. Arbeitsplatz, Laborzugang) und Verbrauchsmittel, die der Arbeitsgruppe zur Verfügung stehen, welche für die Durchführung der Forschungstätigkeiten im Rahmen der Förderung notwendig sind. Während der Förderung durch die Medizinische Fakultät OWL, erhält der\*die Clinician Scientist eine aktive Rolle in der Arbeitsgruppe und wird bei ihrer\*seiner wissenschaftlichen Zielsetzung in regelmäßig stattfindenden Gesprächen wissenschaftlich begleitet.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Name der Arbeitsgruppenleitung |  | Datum, Unterschrift |