**Unterstützungszusage durch die Leitung der Universitätsklinik 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 Leitung der Universitätsklinik Ihres Krankenhausträgers unterzeichnen.*

**Hintergrund:**

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

Hiermit bestätige ich als Leitung der Name der universitären Fachklinik, Name des 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 der\*die Clinician Scientist bei ihrer\*seiner wissenschaftlichen Zielsetzung von mir in regelmäßig stattfindenden Gesprächen, gemeinsam mit der zusätzlich erforderlichen wissenschaftlichen Begleitung (Arbeitsgruppenleitung einer beliebigen Fakultät der Universität Bielefeld), klinisch und wissenschaftlich begleitet. Dem\*Der Clinician Scientist wird ermöglicht eine aktive Rolle in der unterstützenden Arbeitsgruppe der zusätzlichen wissenschaftlichen Begleitung einzunehmen. Ich bin darüber informiert, dass im Falle einer Förderzusage, eine verbindliche Absprache über Freistellungszeiten sowie ggf. weitere Unterstützungszusagen im Rahmen einer schriftlichen Zielvereinbarung die Voraussetzung für die Förderung des\*der Clinician Scientist darstellt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Name der Leitung der Universitätsklinik |  | Datum, Unterschrift |