**Unterstützungszusage durch die Leitung einer Arbeitsgruppe an der Universität Bielefeld 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 gewählte Arbeitsgruppe erhalten, ist im Vorfeld der Förderung die Abstimmung und Zusage der Leitung der entsprechenden universitären Arbeitsgruppe erforderlich. Diese fungiert bei Annahme im Programm als wissenschaftliche Begleitung des\*der Clinician Scientist. Entsprechend ist dieses Formular von ihr zu unterzeichnen und 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. Zudem unterstütze ich aktiv den Austausch mit Medical Scientists sowie die Erweiterung des wissenschaftlichen Netzwerks.

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