**Unterstützungszusage durch die Leitung der universitären Fachklinik des UK OWL oder kooperierende Fachklinik des HDZ 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 universitären Fachklinik Ihres Krankenhausträgers oder der kooperierenden Fachklinik des HDZ, an der Sie tätig sind, unterzeichnen.*

**Hintergrund:**

Um zu gewährleisten, dass die Teilnehmer\*innen im Clinician Scientist Programm der Medizinischen Fakultät OWL eine ausreichende Unterstützung durch die universitäre Fachklinik des UK OWL / kooperierenden Fachklinik des HDZ erhalten, ist im Vorfeld der Förderung die Abstimmung und Zusage der Leitung der universitären Fachklinik des jeweiligen Krankenhausträgers des UK OWL oder der kooperierenden Fachkliniken des HDZ erforderlich. Diese fungiert bei Annahme im Programm als klinisch-wissenschaftliche Begleitung des\*der geförderten Clinician Scientist. Entsprechend ist dieses Formular von ihr zu unterzeichnen und der Bewerbung anzufügen.

Hiermit bestätige ich als Leitung der Name der universitären Fachklinik des UK OWL oder der kooperienden Fachklinik des HDZ, Name des Krankenhausträgers des UK OWL oder HDZ, 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 universitären Fachklinik des UK OWL oder kooperierende Fachklinik des HDZ |  | Datum, Unterschrift |