**NUR FÜR ZAHNMEDIZINER\*INNEN: Formblatt zur Bestätigung der Finanzierung im Rahmen der Förderung durch das *BIH Charité Clinician Scientist* Programm**

**Hintergrund:**

Um zu gewährleisten, dass Stellen, die durch die Teilnahme einer Zahnärztin/eines Zahnarztes am *BIH Charité Clinician Scientist* Programm frei werden, von der betreffenden Klinik/dem betreffenden Institut nachbesetzt werden können und gleichzeitig die Weiterbeschäftigung der Kandidatinnen/Kandidaten nach Beendigung des Programms sicherstellen zu können, gilt an der Charité – Universitätsmedizin Berlin die *Verfahrensregelung zur Nachbesetzung von zahnärztlichen Stellen und Weiterbeschäftigung von zahnärztlichen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern während und nach Förderung durch ein* BIH Charité Clinician Scientist *Programm oder eine GEROK-Stelle*. Hierfür muss folgender Passus von Ihrer Klinik-/Institutsleitung, der kaufmännischen Centrumsleitung und von der kaufmännischen Direktorin der Fakultät unterschrieben werden.

**Was Sie tun müssen:**

Bitte füllen Sie die Felder im Text aus und legen Sie dieses Formblatt Ihrer Klinik-/Institutsleitung zur Unterschrift vor. Die Klinik-/Institutsleitung sollte dann die Unterschrift der kaufmännischen Centrumsleitung einholen. Zudem benötigen wir die Unterschrift der kaufmännischen Direktorin der Fakultät (Frau Großkopff). Diese soll entsprechend von Ihrer kaufmännischen Centrumsleitung eingeholt werden.

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Hiermit bestätige ich als Direktor\*in der Klinik/des Instituts Name Klinik/Institut an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, dass Frau/Herr Dr. Vorname + Name zum angestrebten Förderbeginn am 01.07.2022 (plus max. drei Monate) über einen Arbeitsvertrag über den gesamten Förderzeitraum verfügen wird, der 50 % Kliniktätigkeit (beinhaltet Lehre und Krankenversorgung; bezogen auf eine Vollzeitbeschäftigung) ermöglicht und 50 % Forschungstätigkeit sicherstellt, wobei 50 % der Kostenübernahme einer vollen Stelle über das *BIH Charité Clinician Scientist* Programm durch entsprechende Umfinanzierung erfolgt. Im Falle einer Teilzeitbeschäftigung kann der Klinikanteil bis auf 20 % einer vollen Stelle reduziert werden. Frau/Herr Dr. Name erhält unsere volle Unterstützung für die Teilnahme am *BIH Charité Clinician Scientist* Programm. Dies beinhaltet auch die Zurverfügungstellung der Infrastruktur, die für die Durchführung des *BIH Charité Clinician Scientist* Projekts notwendig ist. Im Falle einer Weiterbildung zum Fachzahnarzt/zur Fachzahnärztin (Oralchirurgie, Kieferorthopädie) garantiert die Klinik/das Institut während der Weiterbildung von Frau/Herrn Dr. Name zum *BIH Charité Clinician Scientist,* soweit arbeitsrechtlich möglich, ihre/seine fachzahnärztliche Weiterbildung bis zur Erreichung der Fachzahnarztreife. Dies betrifft ggf. auch die Weiterbeschäftigung, um eine Programmlaufzeitverlängerung nach Elternzeit zu ermöglichen (bis zu 18 Monate pro Kind (max. 36 Monate)). Von Seiten der Klinik/des Instituts wird diese Zusage in den Jahresplanungen berücksichtigt. Außerdem gewährleisten wir für Frau/Herrn Dr. Name eine 50%ige Freistellung (bezogen auf eine Vollzeitbeschäftigung) von klinischen Aufgaben inklusive Lehraufgaben für ihre/seine Forschungs‐ und nicht-klinischen Weiterbildungstätigkeiten im Rahmen des *BIH Charité Clinician Scientist* Programms. Ich bin mir darüber bewusst, dass die Weiterbildung von Frau/Herrn Dr. Name zum *BIH Charité Clinician Scientist* im Rahmen des *BIH Charité Clinician Scientist* Programms nicht fortgesetzt werden kann, sollten diese Vereinbarungen nicht eingehalten werden.

|  |  |
| --- | --- |
| Frau/Herr Dr. Vorname + Name wird z. Z. über folgende Kostenstelle(n) finanziert |  |
| Im Falle einer Bewilligung soll Frau/Herr Dr. Vorname + Name über folgende Kostenstelle(n) von Seiten der Klinik finanziert werden |  |
| Name der Klinik-/Institutsleitung | Datum | Unterschrift\* |
| Name der Kfm. Centrumsleitung | Datum | Unterschrift\* |
| Ggf. Name der Kfm. Direktorin der Fakultät | Datum | Unterschrift\* |