**FÜR ASSISTENZÄRZT\*INNEN: Formblatt zur Bestätigung der Finanzierung im Rahmen des BIH Charité Clinician Scientist Programms**

**Hintergrund:**

Um zu gewährleisten, dass Stellen, die durch die Teilnahme einer Ärztin/eines Arztes am BIH Charité Clinician Scientist Program frei werden, von der betreffenden Klinik nachbesetzt werden können und gleichzeitig die Weiterbeschäftigung der Kandidat\*innen nach Beendigung des Programms sicherstellen zu können, gilt an der Charité die *Verfahrensregelung zur Nachbesetzung von ärztlichen Weiterbildungsstellen und Weiterbeschäftigung von ärztlichen Mitarbeiter\*innen während und nach Förderung durch ein BIH Charité Clinician Scientist Programm oder eine GEROK-Stelle*. Hierfür muss folgender Passus von Ihrer Klinikleitung, der kaufmännischen Centrumsleitung und – je nach Finanzierung der Stelle – von der kaufmännischen Leitung Klinik oder der kaufmännischen Leitung Fakultät unterschrieben werden.

**Was Sie tun müssen:**

Bitte füllen Sie die Felder im Text aus und legen Sie dieses Formblatt Ihrer Klinikleitung zur Unterschrift vor. Diese sollte dann die Unterschrift der kaufmännischen Centrumsleitung einholen. Ist Ihre Stelle über die Krankenversorgung finanziert, benötigen wir noch die Unterschrift der kaufmännischen Leitung des Klinikums (Herr Dr. Wauer). Ist Ihre Stelle über die Fakultät finanziert, benötigen wir die Unterschrift der kaufmännischen Leitung der Fakultät (Frau Großkopff). Diese sollen entsprechend von Ihrer kaufmännischen Centrumsleitung eingeholt werden.

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

Hiermit bestätige ich als Direktor\*in der Klinik Name Klinik an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, dass Frau/Herr Dr. Vorname+Name unsere volle Unterstützung bei der Durchführung des BIH Charité Clinician Scientist Programms erhält. Dies beinhaltet auch die Zurverfügungstellung der Infrastruktur, welche für die Durchführung des Clinician Scientist Projektes notwendig ist. Die Klinik wird während der Ausbildung von Frau/Herrn Dr. Name zum Clinician Scientist 50 Prozent einer vollen Hausstelle finanzieren und garantiert Frau/Herrn Dr. Name soweit arbeitsrechtlich möglich ihre/seine ärztliche Weiterbildung bis zur Erreichung der Facharztreife. Dies betrifft ggf. auch die Laufzeitverlängerung des Programms im Rahmen einer Elternzeit. Von Seiten der Klinik wird diese Zusage in den Jahresplanungen berücksichtigt. Außerdem gewährleisten wir für Frau/Herrn Dr. Name eine 50-prozentige Freistellung von klinischen Aufgaben für ihre/seine Forschungs‐ und Ausbildungstätigkeiten im Rahmen des BIH Charité Clinician Scientist Programms. Ich bin mir darüber bewusst, dass die Ausbildung von Frau/Herrn Dr. Name zum Clinician Scientist im Rahmen des BIH Charité Clinician Scientist Programms nicht fortgesetzt werden kann, sollten diese Vereinbarungen nicht sichergestellt werden.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Frau/Herr Dr. Vorname + Nachname wird aktuell über folgende Kostenstelle(n) finanziert | |  |
| Im Falle einer Bewilligung soll Frau/Herr Dr. Vorname + Nachname über folgende Hauskostenstelle(n) von Seiten der Klinik finanziert werden | |  |
|  |  |  |
| Name Klinikleitung | Datum | Unterschrift |
|  |  |  |
| Name Kfm. Centrumsleitung | Datum | Unterschrift |
|  |  |  |
| Name Kfm. Leitung Klinikum bzw. Name Kfm. Leitung Fakultät | Datum | Unterschrift |