**Formblatt zur Bestätigung der Finanzierung im Rahmen der Förderung durch das BIH Charité Junior Clinician Scientist Programm**

Hiermit bestätige ich als Direktor\*in der Klinik Name Klinik 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 80 % Kliniktätigkeit (bezogen auf eine Vollzeitbeschäftigung) ermöglicht und 20 % Forschungszeit über den gesamten Förderzeitraum sicherstellt, wobei 20 % der Kostenübernahme einer vollen Stelle über das *BIH Charité Junior 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 Junior Clinician Scientist* Programm und bei der Durchführung des angestrebten Forschungsvorhabens. Dies beinhaltet auch die Zurverfügungstellung der Infrastruktur, die für die Durchführung des *BIH Charité Junior Clinician Scientist* Projekts notwendig ist. Die Klinik garantiert während der *BIH Charité Junior Clinician Scientist* Förderung, soweit arbeitsrechtlich möglich, ihre/seine ärztliche Weiterbildung. 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 wird diese Zusage in den Jahresplanungen berücksichtigt. Außerdem gewährleisten wir für Frau/Herrn Dr. Name eine 20%ige Freistellung (bezogen auf eine Vollzeitbeschäftigung) von klinischen Aufgaben inklusive Lehraufgaben für ihre/seine Forschungstätigkeiten im Rahmen des *BIH Charité Junior Clinician Scientist* Programms. Nach erfolgreicher Evaluierung bei Abschluss der Förderung und soweit arbeitsrechtlich möglich, wird die Klinik Frau/Herrn Dr. Name ihre/seine Weiterbeschäftigung im Rahmen der Facharztweiterbildung ermöglichen. Ich bin mir darüber bewusst, dass die Förderung von Frau/Herrn Dr. Name im Rahmen des *BIH Charité Junior 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 Klinikleitung | Datum | Unterschrift\* |
|  |  |  |
| Name Kfm. Centrumsleitung | Datum | Unterschrift\* |