**NUR FÜR ZAHNMEDIZINER\*INNEN: 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/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 80 % Kliniktätigkeit (beinhaltet Lehre und Krankenversorgung; bezogen auf eine Vollzeitbeschäftigung) ermöglicht und 20 % Forschungstätigkeit 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. Im Falle einer Weiterbildung zum Fachzahnarzt/zur Fachzahnärztin (Oralchirurgie/Kieferorthopädie) garantiert die Klinik/das Institut während der *BIH Charité Junior Clinician Scientist* Förderung, soweit arbeitsrechtlich möglich, ihre/seine fachzahnärztliche 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/des Instituts 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/das Institut Frau/Herrn Dr. Name ihre/seine Weiterbeschäftigung im Rahmen der fachzahnärztlichen Weiterbildung 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 der Klinik-/Institutsleitung | Datum | Unterschrift\* |
| Name der Kfm. Centrumsleitung | Datum | Unterschrift\* |
| Ggf. Name der Kfm. Direktorin der Fakultät | Datum | Unterschrift\* |