**Formblatt zur Bestätigung der Klinik-/Institutsleitung über die Facharztweiterbildung der Bewerberin/des Bewerbers und die Leistungen der Klinik/des Instituts**

**Was Sie tun müssen:**

Bitte legen Sie dieses Formblatt Ihrer Klinikleitung zur Unterschrift vor.

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

Hiermit bestätige ich als Klinikleitung, dass

Frau/Herr Dr. med. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + **ihre/seine Facharztweiterbildung an der Charité – Universitätsmedizin Berlin zum Förderbeginn am 01.01.2023 (plus max. drei Monate) begonnen hat**
  + **und dass die bisherige Dauer der Facharztweiterbildung zum Förderbeginn nicht mehr als drei Jahre beträgt (unter Berücksichtigung von Teilzeit und Elternzeit).**

Zudem bestätige ich

* + **eine signifikante peer-reviewed Drittmittelförderung der Einrichtung sowie**
  + **regelmäßige (mindestens 2 wöchentliche) wissenschaftliche Kolloquien/Journal Clubs auf Einrichtungsebene mit Teilnahme der/des Weiterbildungsermächtigten.**

Außerdem verpflichte ich mich für die Co-Finanzierung des *BIH Charité Junior Clinician Scientist* Projektes für den Fall, dass keine projektbezogenen Drittmittel für die Durchführung des *BIH Charité Junior Clinician Scientist* Projektes vorhanden sein sollten.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Name Klinikdirektor\*in | Datum | Unterschrift\* |