

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

Was Sie tun müssen:

Bitte füllen Sie die Felder im Text aus und legen Sie dieses Formblatt Ihrer Klinikleitung zur Unterschrift vor. Die Klinikleitung sollte dann die Unterschrift der kaufmännischen Centrumsleitung einholen.

Hiermit bestätige ich als Direktor*in der Klinik an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, dass Dr. _____ (01/07/2023 plus max. drei Monate) über zum angestrebten Förderbeginn am _____ einen Arbeitsvertrag für 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. Dr. _____ 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 z.B. Elternzeit (bis zu 18 Monate pro Kind (max. 36 Monate)). Von Seiten der Klinik wird diese Zusage in den Jahresplanungen berücksichtigt. Außerdem gewährleisten wir für Dr. _____ eine 20%ige Freistellung (bezogen auf eine Vollzeitbeschäftigung) von klinischen Aufgaben inklusive klinischen 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 Dr. _____ ihre/seine Weiterbeschäftigung im Rahmen der Facharztweiterbildung ermöglichen. Ich bin mir darüber bewusst, dass die Förderung von Dr. _____ im Rahmen des *BIH Charité Junior Clinician Scientist* Programms nicht fortgesetzt werden kann, sollten diese Vereinbarungen nicht eingehalten werden.

Hinweis: Das Dokument kann entweder digital oder analog unterschrieben werden. Sie können die Unterschriften sowohl alle auf einem Dokument oder auf mehrere Dokumente verteilt einsammeln und im Portal hochladen.