**NUR FÜR RÜCKKEHRER\*INNEN AUS DEM AUSLAND UND ANTRAGSTELLER\*INNEN AUßERHALB DER CHARITÉ: Formblatt zur Bestätigung über den Erhalt eines Arbeitsvertrags an der Charité – Universitätsmedizin Berlin**

**Hintergrund:**

Um zu gewährleisten, dass eine Ärztin/ein Arzt, die/der aus dem Ausland nach Deutschland zurückkehrt, über das *BIH Charité Clinician Scientist* Programm gefördert werden kann, muss der Kandidatin/dem Kandidaten ein Arbeitsvertrag an der Charité – Universitätsmedizin Berlin verbindlich in Aussicht gestellt werden. Hierfür muss folgender Passus von der Klinikleitung und der kaufmännischen Centrumsleitung unterschrieben werden.

**Was Sie tun müssen:**

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

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

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 01.07.2023 (plus max. drei Monate) einen Arbeitsvertrag an der Charité- Universitätsmedizin Berlin über den gesamten Förderzeitraum erhält, der ihr/ihm 50 % Kliniktätigkeit ermöglicht (bezogen auf eine Vollzeitbeschäftigung) sowie 50 % Forschungstätigkeit im Rahmen des *BIH Charité Clinician Scientist* Programms sicherstellt. Dies beinhaltet auch die Zurverfügungstellung der Infrastruktur, die für die Durchführung des *BIH Charité Clinician Scientist* Projekts notwendig ist. Ich bin mir darüber bewusst, dass die Weiterbildung von Frau/Herrn Dr. Name zum *BIH Charité Clinician Scientist* im Rahmen des *BIH Charité Clinician Scientist* Programms im Falle einer positiven Förderentscheidung nicht begonnen werden kann, wenn kein Arbeitsvertrag zur Verfügung gestellt wird.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Name Klinikleitung | Datum | Unterschrift\* |
|  |  |  |
| Name Kfm. Centrumsleitung | Datum | Unterschrift\* |