

**NUR FÜR ZAHNMEDIZINER\*INNEN: Formblatt zur Bestätigung der Klinik-/  
Institutsleitung über die praktische Tätigkeit der Bewerberin/des Bewerbers sowie  
die Leistungen der Klinik/des Instituts**

**Was Sie tun müssen:**

Bitte legen Sie dieses Formblatt Ihrer Klinik-/Institutsleitung zur Unterschrift vor.

\*\*\*\*\*

\* Hiermit bestätige ich als Klinik-/Institutsleitung, dass

Dr. med. dent.

- ihre/seine Promotion mit mindestens *magna cum laude* abgeschlossen hat und
- zum Förderbeginn am 01.01.2024 (plus max. drei Monate) ihre/seine Spezialisierung in einer zahnmedizinischen Fachdisziplin begonnen haben wird und mindestens ein Jahr Berufserfahrung vorweisen kann.

Zudem bestätige ich

- eine signifikante peer-reviewed Drittmittelförderung der Einrichtung sowie
- regelmäßige (mindestens wöchentliche) wissenschaftliche Kolloquien/Journal Clubs auf Institutsebene.

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

\*\*\*\*\*

Name der Klinik-/Institusleitung

Datum

Unterschrift

oder elektronische Signatur