**Formblatt zur Bestätigung der Klinikleitung über die Facharztweiterbildung der/des Bewerberin/Bewerbers und die Leistungen der Klinik**

**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 begonnen hat**
	+ **und dass die bisherige Dauer der Facharztweiterbildung zum Förderbeginn nicht mehr als zwei Jahre beträgt (unter Berücksichtigung von Teilzeit und Elternzeit).**

Zudem bestätige ich

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Name Klinikleitung | Datum | Unterschrift |