**FÜR FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE: Formblatt zur Bestätigung der Finanzierung im Rahmen der Förderung durch das *BIH Charité Digital Clinician Scientist* Programm**

**Hintergrund:**

Um zu gewährleisten, dass Stellen, die durch die Teilnahme einer Ärztin/eines Arztes am *BIH Charité Digital Clinician Scientist* Programm frei werden, von der betreffenden Klinik/dem betreffenden Institut nachbesetzt werden können und gleichzeitig die Weiterbeschäftigung der Kandidatinnen/Kandidaten nach Beendigung des Programms sicherstellen zu können, gilt an der Charité – Universitätsmedizin Berlin die *Verfahrensregelung zur Nachbesetzung von ärztlichen Weiterbildungsstellen und Weiterbeschäftigung von ärztlichen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern während und nach Förderung durch ein* BIH Charité Digital Clinician Scientist *Programm oder eine GEROK-Stelle*. Hierfür muss folgender Passus von Ihrer Klinik-/ Institutsleitung, der kaufmännischen Centrumsleitung und – je nach Finanzierung der Stelle – vom kaufmännischen Direktor des Klinikums oder von der kaufmännischen Direktorin der Fakultät unterschrieben werden.

**Was Sie tun müssen:**

Bitte füllen Sie die Felder im Text aus und legen Sie dieses Formblatt Ihrer Klinik-/Institutsleitung zur Unterschrift vor. Die Klinik-/Institutsleitung sollte dann die Unterschrift der kaufmännischen Centrumsleitung einholen. Ist Ihre Stelle über die Krankenversorgung finanziert, benötigen wir noch die Unterschrift des kaufmännischen Direktors des Klinikums (Herr Dr. Wauer). Ist Ihre Stelle über die Fakultät finanziert, benötigen wir die Unterschrift der kaufmännischen Direktorin der Fakultät (Frau Großkopff). Diese sollen entsprechend von Ihrer kaufmännischen Centrumsleitung eingeholt werden.

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

Hiermit bestätige ich als Direktor\*in der Klinik/des Instituts Name Klinik/Institut an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, dass Frau/Herr Dr. Vorname + Name zum angestrebten Förderbeginn am 01.01.2023 (plus max. drei Monate) über einen Arbeitsvertrag über den gesamten Förderzeitraum verfügen wird, der 50 % Kliniktätigkeit (bezogen auf eine Vollzeitbeschäftigung) ermöglicht und 50 % Forschungstätigkeit sicherstellt, wobei 50 % der Kostenübernahme einer vollen Stelle über das *BIH Charité Digital Clinician Scientist* Programm durch entsprechende Umfinanzierung erfolgt. Im Falle einer Teilzeitbeschäftigung kann der Klinikanteil bis auf 20 % einer vollen Stelle reduziert werden. Frau/Herr Dr. Name erhält unsere volle Unterstützung für die Teilnahme am *BIH Charité Digital Clinician Scientist* Programm. Dies beinhaltet auch die Zurverfügungstellung der Infrastruktur, die für die Durchführung des *BIH Charité Digital Clinician Scientist* Projekts notwendig ist. Die Klinik/Das Institut garantiert während der Weiterbildung von Frau/Herrn Dr. Name zum *BIH Charité Digital Clinician Scientist*, soweit arbeitsrechtlich möglich, ihre/seine ärztliche Weiterbildung bis zum Abschluss der Subspezialisierung. Dies betrifft ggf. auch die Weiterbeschäftigung, um eine Programmlaufzeitverlängerung nach Elternzeit zu ermöglichen (bis zu 18 Monate pro Kind (max. 36 Monate)). Von Seiten der Klinik/des Instituts wird diese Zusage in den Jahresplanungen berücksichtigt. Außerdem gewährleisten wir für Frau/Herrn Dr. Name eine 50%ige Freistellung (bezogen auf eine Vollzeitbeschäftigung) von klinischen Aufgaben inklusive Lehraufgaben für ihre/seine Forschungs‐ und nicht-klinischen Weiterbildungstätigkeiten im Rahmen des *BIH Charité Digital Clinician Scientist* Programms. Ich bin mir darüber bewusst, dass die Weiterbildung von Frau/Herrn Dr. Name zum *BIH Charité Digital Clinician Scientist* im Rahmen des *BIH Charité Digital Clinician Scientist* Programms nicht fortgesetzt werden kann, sollten diese Vereinbarungen nicht eingehalten werden.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name der Klinik-/Institutsleitung | Datum | Unterschrift\* |
| Name der Kfm. Centrumsleitung | Datum | Unterschrift\* |
| Ggf. Name Kfm. Direktor Klinikum bzw. Name Kfm. Direktorin Fakultät | Datum | Unterschrift\* |