**NUR FÜR ZAHNMEDIZINER\*INNEN: Formblatt zur Bestätigung der Klinik-/ Institutsleitung über die die Voraussetzungen 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

Frau/Herr Dr. med. dent. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + **ihre/seine Promotion mit mindestens *magna cum laude* abgeschlossen hat und**
	+ **zum Förderbeginn am 01.01.2023 (plus max. drei Monate) ihre/seine Spezialisierung in einer zahnmedizinischen Fachdisziplin begonnen haben wird und mindestens ein Jahr Berufserfahrung vorweisen können wird.**

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-/Institutsleitung | Datum | Unterschrift\* |