**Formblatt zur Bestätigung der Klinik-/Institutsleitung über die Facharztweiterbildung 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. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + **ihre/seine Facharztweiterbildung an der Charité – Universitätsmedizin Berlin zum Förderbeginn am 01.07.2023 (plus max. drei Monate) begonnen haben wird**
	+ **und dass die bisherige Dauer der fachärztlichen Weiterbildung zum Förderbeginn nicht mehr als drei Jahre betragen wird (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 der Klinik-/Institutsleitung | Datum | Unterschrift\* |