**Bestätigung der Finanzierung im Rahmen der Förderung durch das BIH Charité Junior Clinician Scientist Programm**

Hiermit bestätige ich als Direktor\*in der Klinik Name Klinik an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, dass Frau/Herr Dr. Vorname+Name unsere volle Unterstützung bei der Durchführung des angestrebten Forschungsvorhabens erhält. Die Klinik wird während des Förderzeitraums durch das BIH Charité Junior Clinician Scientist Programm 80 Prozent der vollen Hausstelle von Frau/Herrn Dr. Name finanzieren. Dies betrifft ggf. auch die Laufzeitverlängerung des Grants im Rahmen einer Elternzeit. Außerdem gewährleisten wir für Frau/Herrn Dr. Name eine 20-prozentige Freistellung von klinischen Aufgaben für ihre/seine Forschungstätigkeiten während der Laufzeit der Förderung. Nach erfolgreicher Evaluierung bei Abschluss der Förderung und soweit arbeitsrechtlich möglich, wird die Klinik Frau/Herrn Dr. Name ihre/seine Weiterbeschäftigung im Rahmen der Facharztausbildung ermöglichen. Ich bin mir darüber bewusst, dass die Förderung von Frau/Herrn Dr. Name durch das Programm nicht fortgesetzt werden kann, sollten diese Vereinbarungen nicht sichergestellt werden.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Name Klinikdirektor\*in | Datum | Unterschrift |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Name Kfm. Centrumsleitung |  | Datum | Unterschrift |