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

Hiermit bestätige ich als Direktor\*in der Klinik Name Klinik an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, dass Frau/Herr Dr. Vorname+Name ab Förderbeginn vertraglich über eine volle Haushaltsstelle verfügt, wobei anschließend 20 % der Kostenübernahme über das *BIH Charité Junior Digital Clinician Scientist* Programm durch entsprechende Umsetzung erfolgt. Frau/Herr Dr. Name erhält unsere volle Unterstützung bei der Durchführung des angestrebten Forschungsvorhabens. Dies beinhaltet auch die Zurverfügungstellung der Infrastruktur, welche für die Durchführung des *BIH Charité Junior Digital Clinician Scientist* Projekts notwendig ist. Die Klinik wird während des Förderzeitraums 80 Prozent der vollen Haushaltsstelle von Frau/Herrn Dr. Name finanzieren. Dies betrifft ggf. auch die Laufzeitverlängerung des Programms im Rahmen einer Elternzeit. Von Seiten der Klinik wird diese Zusage in den Jahresplanungen berücksichtigt. Außerdem gewährleisten wir für Frau/Herrn Dr. Name eine 20-prozentige Freistellung von klinischen Aufgaben für ihre/seine Forschungstätigkeiten im Rahmen des *BIH Charité Junior Digital Clinician Scientist* Programms. 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 im Rahmen des *BIH Charité Junior Digital Clinician Scientist* Programms nicht fortgesetzt werden kann, sollten diese Vereinbarungen nicht sichergestellt werden.

|  |  |
| --- | --- |
| Frau/Herr Dr. Vorname+Name wird aktuell über folgende Kostenstelle(n) finanziert |  |
| Im Falle einer Bewilligung soll Frau/Herr Dr. Vorname+Name über folgende Hauskostenstelle(n) von Seiten der Klinik finanziert werden |  |
|  |  |  |
| Name Klinikleitung | Datum | Unterschrift |
|  |  |  |
| Name Kfm. Centrumsleitung | Datum | Unterschrift |