**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 unsere volle Unterstützung bei der Durchführung des angestrebten Forschungsvorhabens erhält. Die Klinik wird während des Förderzeitraums durch das BIH Charité *Junior Digital 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 Klinikleitung | Datum | Unterschrift |
|  |  |  |
| Name Kfm. Centrumsleitung | Datum | Unterschrift |