**Formblatt zur Bestätigung der Finanzierung im Rahmen des Clinician Scientist Programms**

**Hintergrund:**

Um zu gewährleisten, dass Stellen, die durch die Teilnahme eines Arztes/einer Ärztin am Clinician Scientist Programm frei werden, von der betreffenden Klinik nachbesetzt werden können und gleichzeitig die Weiterbeschäftigung der Kandidaten nach Beendigung des Clinician Scientist Programms sicherstellen zu können, gilt an der Charité die *Verfahrensregelung zur Nachbesetzung von ärztlichen Weiterbildungsstellen und Weiterbeschäftigung von ärztlichen Mitarbeiter/innen während und nach Förderung durch ein Clinician Scientist Programm oder eine GEROK-Stelle*. Hierfür muss folgender Passus von Ihrer Klinikleiterin/Ihrem Klinikleiter, dem/der kaufmännischen Centrumsleiter/in und – je nach Finanzierung der Stelle – vom kaufmännischen Leiter Klinikum oder der kaufmännischen Leitung der Fakultät unterschrieben werden.

**Was Sie tun müssen:**

Bitte füllen Sie die Felder im Text aus und legen Sie dieses Formblatt Ihrem Klinikleiter/Ihrer Klinikleiterin zur Unterschrift vor. Er/Sie sollte dann die Unterschrift der kaufmännischen Centrumsleitung einholen. Ist Ihre Stelle über die Krankenversorgung finanziert, benötigen wir noch die Unterschrift des kaufmännischen Leiters Klinikum (Herr Dr. Wauer). Ist Ihre Stelle über die Fakultät finanziert, benötigen wir die Unterschrift des kaufmännischen Leiters der Fakultät (Herr Jacob). Diese sollen entsprechend von Ihrer kaufmännischen Centrumsleitung eingeholt werden.

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Hiermit bestätige ich als Direktor/in der Klinik Name Klinik an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, dass Herr/Frau Dr. Vorname+Name unsere volle Unterstützung bei der Durchführung der Clinician Scientist Ausbildung erhält. Die Klinik wird während der Ausbildung von Herrn/Frau Dr. Name zum Clinician Scientist 50 Prozent der Stelle finanzieren und garantiert Herrn/Frau Dr. Name soweit arbeitsrechtlich möglich seine/ihre ärztliche Weiterbildung bis zum Abschluss der Subspezialisierung. Von Seiten der Klinik wird diese Zusage in den Jahresplanungen berücksichtigt. Außerdem gewährleisten wir für Herrn/Frau Dr. Name eine 50-prozentige Freistellung von klinischen Aufgaben für ihre/seine Forschungs‐ und Ausbildungstätigkeiten im Rahmen des Clinician Scientist Programms. Ich bin mir darüber bewusst, dass die Ausbildung von Herrn/Frau Dr. Name zum ClinicianScientist im Rahmen des Clinician Scientist Programms nicht fortgesetzt werden kann, sollten diese Vereinbarungen nicht sichergestellt werden.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Name Klinikleiter/in | Datum | Unterschrift |
|  |  |  |
| Name Kfm. Centrumsleiter/in | Datum | Unterschrift |
|  |  |  |
| Name Kaufm. Leiter Klinikum bzw.Name Kaufm. Leiter Fakultät | Datum | Unterschrift |