**Bestätigung der Finanzierung im Rahmen der Förderung durch den BIH Junior Clinician Scientist Grant**

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 des angestrebten Forschungsvorhabens erhält. Die Klinik wird während des Förderzeitraums durch den Junior Clinician Scientist Grant 80 Prozent der Stelle von Herrn/Frau Dr. Name finanzieren. Außerdem gewährleisten wir für Herrn/Frau 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 Herrn/Frau Dr. Name seine/ihre Weiterbeschäftigung im Rahmen der Facharztausbildung ermöglichen. Ich bin mir darüber bewusst, dass die Förderung von Herrn/Frau Dr. Name durch den Grant nicht fortgesetzt werden kann, sollten diese Vereinbarungen nicht sichergestellt werden.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Name Klinikdirektor/in | Datum | Unterschrift |