

## **Einverständniserklärung der Klinikleitung**

an die Gleichstellungsbeauftragten der  
Medizinischen Fakultät der  
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  
Moorenstraße 5  
17.11.03.05  
40225 Düsseldorf

Hiermit bestätige ich, dass Frau Dr. \_\_\_\_\_  
für den über das Programm „Chancen ergreifen, Forschung und Familie fördern – Programm für  
chancengerechte Hochschulmedizin in Nordrhein-Westfalen“ geförderten Stellenanteil für  
\_\_\_\_\_ % ihrer Arbeitszeit von klinischen Aufgaben freigestellt wird. Damit es durch diese  
Freistellung zu keiner Arbeitsverdichtung für die anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der  
Klinik kommt, werden geeignete kompensatorische Personalmaßnahmen ergriffen werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift