1. **Verpflichtungserklärung der Klinikleitung**
2. **Verpflichtungserklärung der Mentor\*innen**
3. **Rotationsplan für die Dauer der Teilnahme am Clinician Scientist Programm**
4. **Verpflichtungserklärung der Klinikleitung**

Es wird zugesagt, dass \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Vorname Name) an der Clinician Scientist Förderung teilnimmt und im Rahmen dessen folgende Unterstützung gewährt wird:

1. Freistellung von klinischen Tätigkeiten während der geschützten Forschungszeit (TT.MM.JJJJ - TT.MM.JJJJ).

Der Rotationsplan (s. III.3.) für die Dauer des Clinician Scientist Programms wurde gemeinsam ausgearbeitet und wird von mir unterstützt. Die Dienstplanverantwortlichen sind informiert.

1. Freistellung von klinischen Tätigkeiten für die Teilnahme am Begleitprogramm des Clinician Scientist Programms (TT.MM.JJJJ - TT.MM.JJJJ, insgesamt 36 Monate), wie beispielsweise:
	1. Teilnahme am Interdisciplinary Metabolic Board
	2. Teilnahme an Ausgestaltung eines Data Science Integration Boards
	3. Teilnahme an Clinician Scientist Symposien
	4. Teilnahme an Kursen/ Seminaren zur Karriereförderung
2. Die Durchführung des Forschungsvorhabens im Rahmen des Clinician Scientist Programms wird von der Klinikleitung befürwortet. Die zur Durchführung benötigte Infrastruktur (Arbeitsplatz, Geräte etc.) werden zur Verfügung gestellt, sowie:
	1. Verbrauchsmaterial der Grundausstattung
	2. Übernahme von Publikationskosten
	3. Unterstützung der Teilnahme an (inter)nationalen Kongressen
3. Eine Anstellung der Kollegiatin oder des Kollegiaten über die Dauer der finanziellen Förderung durch FUTURE hinaus wird angestrebt.

Ort, Datum

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Unterschrift Antragsteller\*in Stempel/Unterschrift Klinikleitung

1. **Verpflichtungserklärung der Mentor\*innen**

Es wird zugesagt, dass \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Vorname Name) an der Clinician Scientist Förderung teilnimmt und im Rahmen dessen folgende Unterstützung gewährt wird:

1. Als Mentor\*in bin ich für die wissenschaftliche Begleitung und klinische Ausbildung der Kollegiatin oder des Kollegiaten verantwortlich und verpflichte mich, die Kollegiatin oder den Kollegiaten beim Aufbau einer unabhängigen Forschungsgruppe zu unterstützen.
2. Während der Teilnahmedauer der Kollegiatin oder des Kollegiaten am Programm werde ich mich alle sechs Monate zu formalen Feedbackgespräche mit der Kollegiatin oder dem Kollegiaten und der oder dem weiteren Mentor\*in treffen, um den Fortschritt der Weiterbildung und Forschung zu erfassen, die Einhaltung des Zeitplans zu besprechen und Ziele festzulegen bzw. nachzujustieren. Die Ergebnisse der Feedbackgespräche werden schriftlich protokolliert.
3. Der Rotationsplan für die Dauer des Clinician Scientist Programms wurde gemeinsam ausgearbeitet und wird von mir unterstützt.

Ort, Datum

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Unterschrift Antragsteller\*in Stempel/Unterschrift Mentor\*in 1

 Stempel/Unterschrift Mentor\*in 2

1. **Rotationsplan für die Dauer der Teilnahme am Clinician Scientist Programm**
2. **Organisation der geschützten Forschungszeit im Rahmen der Facharztweiterbildung**

*Wie erfolgt die Organisation der klinischen Tätigkeiten? (Ersatzeinstellung/ Unterstützung durch Aufstockung anderer Personen im Team?)*

1. **Facharztweiterbildung**

Ansprechpartner\*in in Klinik oder Institut für die Facharztweiterbildung:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Vorname Name)

|  |  |
| --- | --- |
| Angestrebte Facharztqualifikation |  |
| Beginn der Facharztweiterbildung | [TT.MM.JJJJ] |
| Aktuelles Ausbildungsjahr |  |
| Abschluss der Facharztprüfungvoraussichtlich in: | [JJJJ] |
| In der Programmzeit (36 Monate) geplante Fachmodule und Kliniken/Stationen |  |
| Vertragslaufzeit UKD | [TT.MM.JJJJ] bis [TT.MM.JJJJ] |

1. **Rotationsplan**

Bitte geben Sie hier alle Zeiträume der Programmteilnahme (insgesamt 36 Monate) und Stationen (Kliniken/Institute) an (*Beispiele kursiv, s. unten*).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rotation** | **Arbeitszeit Klinik (%)** | **Arbeitszeit Forschung (%)** | **Zeitraum**  | **Einsatzort (Klinik, Labor etc.)** |
| *1* | *100* | *0* | *01.07.2023 -31.12.2023* | *Kardiologie* |
| *2* | *50* | *50* | *01.01.2024 - 31.12.2024* | *Gastroenterologie/ Sonographie; Labor* |
| *3* |  |  | [TT.MM.JJJJ] - [TT.MM.JJJJ] |  |
| *4* |  |  | [TT.MM.JJJJ] -[TT.MM.JJJJ] |  |

1. **Detaillierte Beschreibung der Aufteilung der geschützten Forschungszeit** (z.B. wöchentlicher oder monatlicher Wechsel)

*Rotation 1: 100% Klinik*

*Rotation 2: 50% Klinik, 50% Labor im wöchentlichen Wechsel, im Tandem mit anderem Clinician Scientist*

*Etc.*