

Einverständniserklärung der Klinikleitung

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

Hiermit unterstütze ich die Bewerbung von Fr. Dr. _____
um eine Förderung für Habilitandinnen im Rahmen des Programms „Chancen Ergreifen, Forschung
und Familie Fördern – Programm für chancengerechte Hochschulmedizin in Nordrhein-Westfalen“.

Ich bestätige, dass sie im Falle einer Förderung für den über das Programm geförderten Stellenanteil
von _____% ihrer Arbeitszeit von klinischen Aufgaben freigestellt wird. Damit es durch diese
Freistellung zu keiner Arbeitsverdichtung für die anderen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Klinik
kommt, werden geeignete kompensatorische Personalmaßnahmen
ergriffen.

Alternative Option bei Teilzeitanstellung:

Ich bestätige, dass sie im Falle einer Förderung ihre bisherige Stelle im Umfang von ____ % der
Wochenarbeitszeit mittels der Fördermittel auf ____ % aufstocken wird.

Datum

Unterschrift