

# 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