**Unterstützungsschreiben Klinik**

**CAMINO Advanced Clinician Scientist Programm**

Im Namen der Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden bestätige ich, als Direktor\*in der Klinik, dass Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. zum angestrebten Förderbeginn am Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. (plus max. drei Monate) über einen Arbeitsvertrag über die geplante *CAMINO* Projektlaufzeit verfügen wird, der den entsprechenden Anteil der Kliniktätigkeit (bezogen auf eine Vollzeitbeschäftigung) ermöglicht und eine Forschungstätigkeit entsprechend dem abzustimmenden Rotationsplan sicherstellt. Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. erhält unsere volle Unterstützung für die Teilnahme am *CAMINO Advanced Clinician Scientist* Programm. Dies beinhaltet auch die Zurverfügungstellung der Infrastruktur, die für die Durchführung des *CAMINO* Forschungsprojekts notwendig ist. Die Klinik Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. verpflichtet sich für die Co-Finanzierung des *CAMINO* Projektes für den Fall, dass keine projektbezogenen Drittmittel für die Durchführung des *CAMINO* Projektes vorhanden sein sollten. Von Seiten der Klinik wird diese Zusage in den Jahresplanungen berücksichtigt. Außerdem gewährleisten wir für Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. eine Freistellung (gemäß Rotationsplan) von klinischen Aufgaben inklusive Lehraufgaben für ihre/seine Forschungs‐ und nicht-klinischen Weiterbildungstätigkeiten im Rahmen des *CAMINO* Programms. Zudem sichert die Klinik Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. zu, dass Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. *CAMINO* Forschungsprojekt selbstständig und eigenverantwortlich durchführen und damit einhergehend resultierende Publikationen als Letztautor/in veröffentlichen wird. Ich bin mir darüber bewusst, dass die Weiterbildung von Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. zum *CAMINO Advanced Clinician Scientist* im Rahmen des *CAMINO* Programms nicht fortgesetzt werden kann, sollten diese Vereinbarungen nicht eingehalten werden.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Name Klinikleitung | Datum | Unterschrift/Stempel\* |