|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  | |  | |



**VERPFLICHTUNGSERKLÄRUNG**

**DER KLINIKLEITUNG**

**Anlage 1**

**Tandem Digital Clinician Scientist Programm der Medizinischen Fakultäten der Universität Leipzig und der TU Dresden**

1. **Verpflichtungserklärung der Klinikleitung**

Es wird zugesagt, dass Frau/Herr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ am SaxoCancer-Clinician Scientist-Programm teilnimmt und im Rahmen dessen folgende Unterstützung gewährt wird:

1. Zusicherung des Beschäftigungsverhältnisses des Clinician Scientist für die gesamte Förderperiode.
2. Freistellung von klinischen Tätigkeiten während der im Rotationsplan festgelegten geschützten Forschungszeit im Umfang von 12 Monaten. Der Rotationsplan für die Dauer des Clinician Scientist-Programms wurde gemeinsam ausgearbeitet und wird von mir unterstützt. Die Dienstplanverantwortlichen sind informiert.
3. Freistellung von klinischen Tätigkeiten für die Teilnahme am Begleitprogramm des Clinician Scientist-Programms, wie u. a.
   1. regelmäßig stattfindende Meetings
   2. Organisation / Teilnahme an Symposien / Retreats
   3. Kurse, Seminare zur Karriereförderung
4. Die Durchführung des Forschungsvorhabens im Rahmen des Clinician Scientist-Programms wird von der Klinikleitung befürwortet. Die zur Durchführung benötigten Arbeits- / Laborplätze werden zur Verfügung gestellt.
5. Verpflichtung zur Übernahme von Mehrkosten durch tarifliche Lohnerhöhungen und höhere Eingruppierungen während der Programmlaufzeit. Für Personalkosten der Clinician Scientist werden seitens Programms 100.000 Euro pro Förderperiode (2 Jahre) zur Verfügung gestellt.
6. **Organisation der geschützten Forschungszeit (Rotation) im Rahmen der Facharztweiterbildung**
7. **Facharztweiterbildung**

|  |  |
| --- | --- |
| Angestrebte/abgeschlossene Facharztqualifikation: |  |
| Beginn der Facharztweiterbildung: |  |
| Aktuelles Ausbildungsjahr: |  |
| Abschluss der Facharztprüfung am: |  |
| In der Programmzeit geplante Fachmodule und Kliniken/Stationen: |  |

1. **Rotationsplan für geschützte Forschungszeit**

Zu beantragende Mittel für die Zeit der Rotation: 12 Monate [bitte Eingruppierung eintragen], 100%, mit flexibler Aufteilung auf zwei Jahre. Für Personalkosten der Clinician Scientist werden seitens Programms 100.000 Euro pro Förderperiode (2 Jahre) zur Verfügung gestellt. Bitte geben Sie hier **alle geplanten Zeiträume Ihrer Forschungsrotationen** ein.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zeitraum** | **Arbeitszeit (%)** | **Forschungsrotationen** (Klinik/Institut, Darstellung der Forschungsaktivitäten) | **Geplante Weiterbildungsaktivitäten** |
| tt.mm.jjjj – tt.mm.jjjj |  |  |  |
| tt.mm.jjjj – tt.mm.jjjj |  |  |  |

1. **Unterschriften**

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

Ort, Datum

Unterschrift Bewerber/in Unterschrift Klinikleitung, Stempel