**Unterstützungszusage durch die Leitung der universitären Fachklinik des UK OWL oder kooperierenden Fachklinik des HDZ für die Teilnahme am Clinician Scientist Qualification Fellowship der Medizinischen Fakultät OWL**

*Bitte passen Sie die grau hinterlegten Felder in diesem Formular an und lassen Sie das ausgefüllte Formular von der Leitung der universitären Fachklinik Ihres Krankenhausträgers oder der kooperierenden Fachklinik des HDZ, an der Sie tätig sind, unterzeichnen.*

**Hintergrund:**

Um zu gewährleisten, dass die Teilnehmer\*innen im Clinician Scientist Qualification Fellowship der Medizinischen Fakultät OWL eine ausreichende Unterstützung durch die universitäre Fachklinik des UK OWL / kooperierende Fachklinik des HDZ erhalten, ist im Vorfeld der Förderung die Abstimmung und Zusage der Leitung der universitären Fachklinik des jeweiligen Krankenhausträgers des UK OWL oder der kooperierenden Fachkliniken des HDZ erforderlich. Entsprechend ist dieses Formular von der Leitung der universitären Fachklinik oder der kooperierenden Fachklinik des HDZ zu unterzeichnen und der Bewerbung anzufügen.

Hiermit bestätige ich als Leitung der Name der universitären Fachklinik des UK OWL oder der kooperienden Fachklinik des HDZ, Name des Krankenhausträgers des UK OWL oder HDZ, dass Anrede Vorname+Nachname die volle Unterstützung bei der Teilnahme am Clinician Scientist Qualification Fellowship erhält. Mir ist bekannt, dass die Höchstfördersumme des CSQF 50.000 € beträgt und die Förderung der Medizinischen Fakultät OWL max. 45.000 € beträgt und ggf. übrige Kosten für die Freistellung und ggf. benötigte Sachmittel als Eigenanteil durch die universitäre Fachklinik oder kooperierende Fachklinik des HDZ finanziert werden müssen.

Ich bin darüber informiert, dass im Falle einer Förderzusage, eine verbindliche Absprache über Freistellungszeiten, Teilnahme am Promotionsprogramm, weitere wissenschaftliche Qualifizierung sowie ggf. weitere Unterstützungszusagen, z. B. im Hinblick auf die benötigte Forschungsinfrastruktur, im Rahmen einer schriftlichen Zielvereinbarung die Voraussetzung für die Förderung des\*der Promovierenden darstellt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name der Leitung der universitären Fachklinik des UK OWL oder kooperierenden Fachklinik des HDZ |  | Datum, Unterschrift |