**Zusage der Einrichtungsleitung/en zur Freistellung der antragstellenden Person und zur Übernahme der anteiligen Finanzierung im Rahmen des**

***Clinician Scientist Programms***

1. **Erklärung der entsendenden Einrichtung (Heimateinrichtung):**

Frau/Herr (Name, Vorname Kandidat\*in)…………………….................................................

steigt ins 🞏 1. CSP-Jahr 🞏 2. CSP-Jahr 🞏 3. CSP-Jahr ein.

Ich (Name, Vorname Klinikleiter\*in)………………………………………………………………

bestätige, dass die/der Kandidat\*in für ihre/seine experimentelle Arbeit mit dem Thema ………………………………………………………………………………………………..............

…………………………………………………………………………………………………………

entsprechend den Vorgaben des *CSP* von klinischen Verpflichtungen wie folgt freigestellt wird:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Freistellung für Forschungin % | Klinischer Anteilin % |
| 1. CSP-Jahr |  |  |
| 2. CSP-Jahr |  |  |
| 3. CSP-Jahr |  |  |

**Die Klinikleitung berichtet alle 3 Monate über die Freistellung der/des Kandidat\*in.** (z.B. in Form der Dienstpläne oder als Freitext). Bitte den Bericht senden an: Dr. Lysann Palkowitsch, Res.UL, Helmholtzstr. 22, 89081 Ulm oder per E-Mail an lysann.palkowitsch@uni-ulm.de.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Datum** |  | **Unterschrift / Stempel Einrichtungsleitung**  |

1. **Erklärung der aufnehmenden oder entsendenden Einrichtung:**

Ich (Name, Vorname Einrichtungsleiter\*in)……………………………………………………..

bestätige, dass meine Einrichtung.......................................................................................

den klinischen Stellenanteil der/des Kandidat\*in

Frau/Herr (Name, Vorname Kandidat\*in)…………………….................................................

wie folgt anteilig finanzieren wird:

* 1. Jahr: 50 % Finanzierung
* 2. Jahr: 50 % Finanzierung
* 3. Jahr: 50 % Finanzierung

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Datum** |  | **Unterschrift / Stempel Einrichtungsleitung** |