Qualifizierungs-/ Karriereentwicklungsplan

einschl. Stellungnahme der Mentor\*innen

Antragstellende Person

Name, Vorname:

Einrichtung:

1. Mentor\*in (Experimentelle/r Mentor\*in)

Name, Vorname:

Einrichtung:

2. Mentor\*in (Klinikdirektor\*in)

Name, Vorname:

Einrichtung:

3. Mentor\*in (Persönliche/r Mentor\*in)

Name, Vorname:

Einrichtung:

1. **Bitte beschreiben Sie detailliert das Ihrerseits geplante Mentoring-Konzept.**
2. **Wie sind die Freistellungszeiten geplant (z.B. im Block oder wochen-/tageweise)? Bitte legen Sie den Rotationsplan für die Zeit im CSP dar.**

**1. CSP-Jahr: Freistellung zu ………….%**

**2. CSP-Jahr: Freistellung zu ………….%**

**3. CSP-Jahr: Freistellung zu ………….%**

1. **Wie stellen Sie sich Ihre persönliche Karriereentwicklung vor?**
2. **Beschreibung des Aus-/Weiterbildungscurriculums und der Weiterbildungsziele (klinisch/wissenschaftlich), u.a. auch Vorschläge zu den zu besuchenden Aktivitäten/Schlüsselkompetenzseminaren.**
3. **Mentor\*in-Mentee-Meetings (wann sind diese geplant? Art der Meetings? etc.)**

Hiermit bestätigen die Mentor\*innen, dass

* oben aufgeführter Qualifizierungs-/Karriereentwicklungsplan zusammen mit der antragstellenden Person erarbeitet wurde.
* sie die/den Kandidat\*in während der Zeit im Clinician Scientist Programm betreuen und unterstützen (u.a. Teilnahme an den Zwischenevaluationen, CSP-Retreats und Seminaren, in denen die/der Kandidat\*in einen Vortrag hält, z.B. CSP-Seminarreihe und Spring/Fall-Meetings der IGradU).
* in regelmäßigen Abständen Mentor\*in-Mentee-Meetings durchgeführt und dokumentiert werden.
* die für die Zwischenevaluationen geforderten Zwischenberichte zusammen mit der/dem Kandidat\*in erstellt werden.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift Antragsteller\*in

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift 1. Mentor\*in

(Experimentelle/r Mentor\*in)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift 2. Mentor\*in

(Klinikdirektor\*in)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift 3. Mentor\*in

(Persönliche/r Mentor\*in)