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

***Clinician Scientist Programms***

***(EXTERN Finanzierte)***

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 Forschung  in % | Klinischer Anteil  in % |
| 1. CSP-Jahr |  |  |
| 2. CSP-Jahr |  |  |
| 3. CSP-Jahr |  |  |

**Die Klinikleitung berichtet alle 3 Monate über die Freistellung der Kandidatin/ des Kandidaten.** (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.

Die (anteilige) Stellenfinanzierung der/des Kandidat\*in erfolgt über (Angabe des externen Mittelgebers):

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

Es wird bestätigt, dass der o.g. externe Mittelgeber und meine Einrichtung die/den Kandidat\*in entsprechend den Vorgaben des *CSP* (anteilig) finanzieren werden.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Stellenfinanzierung über o.g. externen Mittelgeber  (Forschungsanteil) in % | Stellenfinanzierung über Klinik/Institut  (klinischer Anteil) in % |
| 1. CSP-Jahr |  |  |
| 2. CSP-Jahr |  |  |
| 3. CSP-Jahr |  |  |

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