**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):**

Beantragter Förderzeitraum:

🞏 1 Jahr 🞏 2 Jahre

Es wird bestätigt, dass die Kandidatin / der Kandidat

Frau/Herr……………………........................................................................................................

für ihre/seine experimentelle Arbeit entsprechend den Vorgaben des *CSP* von klinischen Verpflichtungen freigestellt wird:

* 1. Jahr: 100% Freistellung
* 2. Jahr: 80% Freistellung
* 3. Jahr: 50% Freistellung

**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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Datum** |  | **Stempel und Unterschrift der Einrichtungsleitung** |

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

Es wird bestätigt, dass meine Einrichtung

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

die Kandidatin/den Kandidaten

Frau/Herrn..................................................................................................................................

entsprechend den Vorgaben des *CSP* anteilig finanzieren wird

* 2. Jahr: 20% Finanzierung
* 3. Jahr: 50% Finanzierung

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Datum** |  | **Unterschrift der Einrichtungsleitung und Stempel** |