

Ausschreibung 2021
DDG/ADF Advanced Clinician Scientist Program
(Förderzeitraum 2 Jahre ab 2022)

Checkliste

Anforderungen für die Bewerbung (in deutscher und englischer Sprache möglich):

- Bewerbungsanschreiben/Motivationsschreiben
- Lebenslauf und Publikationsverzeichnis
- Nachweise zum Abschlusszeugnis Medizinstudium, Approbationsurkunde, Promotionsurkunde
- Projektskizze für ein eigenes Forschungsprojekt für die Förderlaufzeit mit Darstellung des Budgets (max. 4 DIN A4 Seiten)
- Zusage der Einrichtungsleitung zur Freistellung des Stipendiaten und zur Kostenübernahme gemäß des Ablaufplanes (unterzeichnet durch die verantwortliche Klinikleitung und der/des Stipendiat*in)
- Zusage der Einrichtungsleitung darüber, dass das bestehende Anstellungsverhältnis mit dem Stipendiaten sowohl für den Zeitraum der (zweijährigen) Förderung und auch anschließend bis zum Abschluss der Facharztweiterbildung aufrechterhalten bleibt
- Zusage der Universitäts-Hautklinik, während der (zweijährigen) Förderung einen angemessenen Labor- und Büroarbeitsplatz samt benötigter Verbrauchsmaterialien zur Verfügung zu stellen
- Zusage zur Übernahme des Mentoring des/der Stipendiat*in durch Mentor*in
- Zustimmung der Drittmittelabteilung der Universitätseinrichtung zur Mittelverwaltung der Förderung

Jährlich (nach Zulassung zum Förderprogramm):

- ein Jahresbericht über den Fortschritt des Forschungsprojekts (2 DIN A4 Seiten)
- mind. 2 dokumentierte Orientierungsgespräche mit dem/der Mentor*in



DEUTSCHE STIFTUNG
DERMATOLOGIE



**Ausschreibung 2021
DDG/ADF Advanced Clinician Scientist Program
(Förderzeitraum 2 Jahre ab 2022)**

Zusage der Freistellung und der Übernahme der anteiligen Finanzierung

Erklärung der Einrichtungsleitung:

Die Antragstellerin / der Antragsteller

Frau/Herr.....
wird in meiner Einrichtung
ein Forschungsprojekt mit dem Thema
.....

während der beantragten Förderzeit von zwei Jahren durchführen können. Ich bestätige, dass der/die Kandidat*in für sein/ihr Forschungsprojekt entsprechend den Vorgaben des DDG/ADF Clinician Scientist Program zu 50 % von klinischen Verpflichtungen während des Förderzeitraumes von zwei Jahren freigestellt wird.

Überdies werden während des Förderzeitraumes erforderliche Verbrauchsmittel und angemessene Räumlichkeiten im Labor oder für klinische Studien sowie ein Büroarbeitsplatz zur Verfügung gestellt.

Datum Vorname und Nachname, Unterschrift der Einrichtungsleitung und Stempel



**Ausschreibung 2021
DDG/ADF Advanced Clinician Scientist Program
(Förderzeitraum 2 Jahre ab 2022)**

Zusage der Drittmittelverwaltung

Erklärung der Drittmittelabteilung der Universitätseinrichtung zur Mittelverwaltung der Förderung

Hiermit wird bestätigt, dass die zu Gunsten von Frau/Herrn

.....

im Rahmen des DDG/ADF Clinician Scientist Program während der beantragten Zeit bereitgestellten Drittmittel durch uns entsprechend der Rahmenbedingungen dieses Programms zweckentsprechend verwaltet werden.

Datum

Vorname und Name, Unterschrift der Drittmittelstelle der
Universitätseinrichtung und Stempel



**Ausschreibung 2021
DDG/ADF Advanced Clinician Scientist Program
(Förderzeitraum 2 Jahre ab 2022)**

Zusage des Mentorings

Erklärung der Mentorin/ des Mentors der klinischen Forschung:

Hiermit bestätige ich, dass Frau/Herr

während der beantragten Zeit im DDG/ADF Clinician Scientist Program durch mich als Mentor*in betreut wird.

_____ Datum

_____ Vorname und Name, Unterschrift der Mentorin/ des Mentors und Stempel



**Ausschreibung 2021
DDG/ADF Advanced Clinician Scientist Program
(Förderzeitraum 2 Jahre ab 2022)**

Zusage zur Weiterbeschäftigung

1. Erklärung der Einrichtungsleitung:

Nach erfolgreicher Beendigung des DDG/ADF Clinician Scientist Program wird Frau/Herr
.....
an meiner Einrichtung weiterbeschäftigt.

_____ Datum

_____ Vorname und Name, Unterschrift der Einrichtungsleitung und Stempel

2. Alternative Erklärung der Kandidatin/ des Kandidaten:

(Erklärung: Ist nur auszufüllen, sofern die Kandidatin/ der Kandidat bereits Fachärztin/Facharzt ist.)

Hiermit bestätige ich, Frau/Herr,

dass ich bereits Fachärztin/ Facharzt für bin.

_____ Datum

_____ Vorname und Name/Unterschrift der Kandidatin/ des Kandidaten

