

Checkliste Ausschreibung 2021
DDG/ADF Clinician Scientist Program
(Förderzeitraum: 2022-2023 / Förderdauer: 12 Monate)

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/den verantwortlichen Leiter/-in der Universitäts-Hautklinik und der/des Stipendiatin*en)
- Zusage der Einrichtungsleitung darüber, dass das bestehende Anstellungsverhältnis mit dem Stipendiaten sowohl für den Zeitraum der (12-monatigen) Förderung und auch anschließend bis zum Abschluss der Facharztweiterbildung aufrechterhalten bleibt
- Zusage der Universitäts-Hautklinik, während der (12-monatigen) Förderung einen angemessenen Labor- und Büroarbeitsplatz samt benötigter Verbrauchsmaterialien zur Verfügung zu stellen
- Zusage zur Übernahme des Mentoring der/des Stipendiatin*en 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 Clinician Scientist Program
(Förderzeitraum: 2022-2023 / Förderdauer: 12 Monate)

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 einem Jahr durchführen können. Ich bestätige, dass der/die Kandidat*in für sein/ihr Forschungsprojekt entsprechend den Vorgaben des DDG/ADF Clinician Scientist Program zu 100 % von klinischen Verpflichtungen während des Förderzeitraumes von 12 Monaten 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



DEUTSCHE STIFTUNG
DERMATOLOGIE



Ausschreibung 2021
DDG/ADF Clinician Scientist Program
(Förderzeitraum: 2022-2023 / Förderdauer: 12 Monate)

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 Clinician Scientist Program
(Förderzeitraum 2022-2023 / Förderdauer: 12 Monate)**

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 Clinician Scientist Program
(Förderzeitraum 2022-2023 / Förderdauer: 12 Monate)**

Zusage zur Weiterbeschäftigung

1. Erklärung der Einrichtungsleitung:

Nach erfolgreicher Beendigung des DDG/ADF Clinician Scientist Program wird Frau/Herr

.....

bis zum Ende ihrer/seiner Facharztweiterbildung in 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



DEUTSCHE STIFTUNG
DERMATOLOGIE

