
Clinician Scientist Program of CRC/TRR 205

Verpflichtungserklärung der Klinikdirektorin/ des Klinikdirektors

Es wird zugesagt, dass Frau/Herr _____ im Rahmen der Teilnahme am Clinician Scientist Program des CRC/TRR 205 folgende Unterstützung gewährt wird:

1. Freistellung von klinischen Tätigkeiten während der geschützten Forschungszeit
Der Rotationsplan für die Dauer des Clinician Scientist Programms des CRC/TRR 205 wurde gemeinsam ausgearbeitet und wird von mir unterstützt. Die Dienstplanverantwortlichen sind informiert.
2. Freistellung von klinischen Tätigkeiten für die Teilnahme am Begleitprogramm des Clinician Scientist Programms des CRC/TRR 205, wie u. a.
 - a. Internes Seminar, Lectures
 - b. Organisation/Teilnahme an CRC/TRR 205 *Clinician Scientist*-Symposien und Workshops
 - c. Kurse zur Karriereförderung
3. Die Durchführung des Forschungsvorhabens im Rahmen des Clinician Scientist Programms des CRC/TRR 205 wird von der Klinik- bzw. Institutsleitung befürwortet. Die zur Durchführung benötigten Arbeitsplätze und -möglichkeiten werden während der Kollegzeit.....(von-bis) zur Verfügung gestellt.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Stempel/Unterschrift Klinik-/Institutsleitung