**Bitte auf Briefkopf der Einrichtung ausstellen.**

**Verpflichtungserklärung der Einrichtung**

**für die Aufnahme in das [Advanced Clinician Scientist Programm/Advanced Medical Scientist Programm][[1]](#footnote-1)**

**der Medizinischen Fakultät Heidelberg**

Herr/Frau (Prof./PD) Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bewirbt sich für das [Advanced Clinician Scientist Programm/Advanced Medical Scientist Programm1]

der Medizinischen Fakultät Heidelberg.

Im Falle einer Aufnahme in das Programm sichert die Klinik / das Institut / die Abteilung zu:

1. Die Laufzeit des Arbeitsvertrages von Herrn/Frau (Prof./PD) Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mit Beginn der Förderung auf mindestens die Dauer der Förderung festzuschreiben[[2]](#footnote-2).
2. Herrn/Frau (Prof./PD) Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bei der Umsetzung und Weiterentwicklung des zu erstellenden Entwicklungskonzeptes aktiv zu unterstützen.
3. Herrn/Frau (Prof./PD) Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ die Teilnahme am begleitenden Qualifizierungsprogramm (mindestens 6 Module) zu ermöglichen.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Ort, Datum Unterschrift des Abteilungsleiters\*

\* Die Erklärung ist von der Person zu unterzeichnen, die budgetrelevante Aussagen machen kann, d.h. i.d.R die Abteilungs-/Instituts-/Klinikleitung

Bitte fügen Sie das ausgefüllte und unterschriebene Dokument Ihrer Bewerbung bei.

1. Bitte zutreffende Förderlinie angeben [↑](#footnote-ref-1)
2. Unter Berücksichtigung des WissZeitVG [↑](#footnote-ref-2)