**Bitte auf Briefkopf der Einrichtung ausstellen.**

**Verpflichtungserklärung der Einrichtung der Mentee**

**für die Aufnahme in das Mentoring-Programm 2024-2025**

**der Medizinischen Fakultät Heidelberg**

Frau Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bewirbt sich für das Mentoring-Programm 2024 - 2025 der Medizinischen Fakultät Heidelberg. Im Falle einer Aufnahme in das Programm sichert die Klinik / das Institut / die Abteilung zu:

1. Frau Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ für die Wahrnehmung aller Programmmodule freizustellen,
2. einen einmaligen Kostendeckungsbeitrag in Höhe von 300 Euro zu leisten und
3. Frau Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_auf ihrem Qualifizierungsweg aktiv zu unterstützen.

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

Angabe der Kostenstelle zwecks Abbuchung des Kostendeckungsbeitrages

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

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.