

Verpflichtungserklärung

der Chefärztin/ des Chefarztes oder der Lehrstuhlinhaberin/ des Lehrstuhlinhabers sowie des Ärztlichen Vorstandes des Universitätsklinikums Augsburg

Die Teilnahme am **Clinician Scientist Programm (CSP)** der Medizinischen Fakultät Augsburg wird von Seiten des Universitätsklinikums Augsburg _____ Frau/ Herrn _____ zugesagt.

Das Universitätsklinikum verpflichtet sich:

1. zur Freistellung des/der *Clinician Scientist* von der klinischen Tätigkeit im Rahmen des *Clinician Scientist* Programms. Im ersten Jahr erfolgt eine Freistellung im Umfang von 100 Prozent der regulären Arbeitszeit; im zweiten Jahr kann zwischen 50 Prozent und 80 Prozent Freistellung von der klinischen Tätigkeit gewählt werden. Im Falle der Beantragung eines dritten Förderjahres ist eine Freistellung im Umfang von 50 Prozent vorgesehen. Vor Antritt des *Clinician Scientist* Programms stimmt der/die *Clinician Scientist* den Umfang der Freistellung im zweiten Jahr mit der Chefärztin/dem Chefarzt oder der Lehrstuhlinhaberin/dem Lehrstuhlinhaber und der Leitung des Universitätsklinikums ab und teilt dem Dekanat der Medizinischen Fakultät die Planung der Freistellung mit.
2. nach Abschluss des *Clinician Scientist* Programms die Ärztin/den Arzt wieder entsprechend seiner vorherigen Vertragsvereinbarungen voll in den Klinikbetrieb aufzunehmen.
3. den Abschluss der Facharztweiterbildung des jeweiligen *Clinician Scientists* am Universitätsklinikum Augsburg zu gewährleisten, was gegebenenfalls auch eine Vertragsverlängerung beinhalten kann.

Dabei wird verwiesen auf die Weiterbildungsordnung der Bayerischen Landesärztekammer und dem Beschluss zur Antragstellung anrechenbarer Weiterbildungskurse während des *Clinician Scientist* Programms (siehe dazu pdf: Beschluss BLÄK Anrechnung Weiterbildungszeiten CSP)

4. zur Freistellung für das begleitende Ausbildungs-Curriculum. Dies beinhaltet:

- a. Regelmäßige Projektbesprechungen mit der Projektleiterin/dem Projektleiter
- b. Teilnahme am wissenschaftlichen Curriculum des *Clinician Scientist* Programms
- c. Teilnahme an Konferenzen/ Tagungen/ CSP- Symposien/ CSP- Retreat

Ort, Datum

Unterschrift Bewerberin/Bewerber

Unterschrift Lehrstuhlinhaberin/Leh

Stempel/Unterschrift

Lehrstuhlinhaber/Chefärztin/Chefarzt

Leitung Universitätsklinikum