



Antragsgliederung

1 Allgemeine Angaben

1.1 Antragsteller/in

Name, Vorname:

akademischer Grad:

Stand in der fachärztlichen Weiterbildung (Jahr):

Dienststellung:

Geburtsdatum:

Nationalität:

Einrichtung / Fachbereich:

Dienstadresse:

Telefon:

E-Mail:

Privatadresse mit Telefon und E-Mail:

1.2 Thema (max. 2 Zeilen)

1.3 Kennwort (max. 40 Zeichen)

1.4 Fachgebiet und Arbeitsrichtung

1.5 Zusammenfassung (max. 15 Zeilen)

2 Stand der Forschung und eigene Vorarbeiten

2.1 Stand der Forschung

2.2 Eigene Vorarbeiten

3 Ziele und Arbeitsprogramm

3.1 Ziele (max. 10 Zeilen)

3.2 Arbeitsprogramm

3.3 Erläuterungen zu den vorgesehenen Untersuchungen am Menschen, an vom Menschen entnommenem Material oder mit identifizierbaren Daten (Genehmigung Ethikkommission/Studienzentrum)

3.4 Erläuterungen zu den vorgesehenen Untersuchungen bei Versuchen an Tieren



3.5 Erläuterungen zu Forschungsvorhaben an genetischen Ressourcen

4 Beantragte Mittel (Personalmittel + Projektmittel)

5 Voraussetzungen für die Durchführung des Vorhabens

Zusammensetzung und Struktur der Arbeitsgruppe, Zusammenarbeit mit anderen Wissenschaftlern, zur Verfügung stehenden Mittel und Ressourcen

6 Unterschriften

6.1 Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller

6.2 Unterschrift Direktion der entsendenden Einrichtung

6.3 Unterschrift Projektleitung/AG-Leitung der wissenschaftlichen Gasteinrichtung

7 Anlagen

7.1 Ausgewählte Literaturzitate, auf die sich der Antrag bezieht (max. 1 Seite)

7.2 Kurzer wissenschaftlicher Lebenslauf (max. 1 Seite)

7.3 Kopien relevanter Zeugnisse (Abschlusszeugnis Medizinstudium, Approbationsurkunde, Promotionszeugnis)

7.4 Liste der Publikationen (mit Angabe IF), Abstracts (nur die 5 wichtigsten), wissenschaftliche Vorträge (nur die 5 wichtigsten)

7.5 Stellungnahme der entsendenden Klinikleitung über die Unterstützungen der Klinik im Falle einer Förderung (siehe Formblatt)

- Unterstützung des Forschungsvorhabens

- Zusicherungen einer geschützten anteiligen Freistellung von der klinischen Tätigkeit zur Forschung über die gesamte Programmlaufzeit sowie einer Verlängerung des geltenden Arbeitsvertrages bis zum Ende der Förderlaufzeit

7.6 Bestätigung der wissenschaftlichen Gasteinrichtung - sofern zutreffend (siehe Formblatt)

- Bereitstellung der nötigen räumlichen, apparativen und sonstigen Voraussetzungen zur Durchführung des Forschungsprojektes)

- Struktur der Arbeitsgruppe

7.7 Bereitschaftserklärung der Antragstellenden zur aktiven Teilnahme am Clinician Scientist Programm (siehe Formblatt)



**Formblatt 7.5 - Stellungnahme der entsendenden Klinikleitung über die
Unterstützungen der Klinik im Falle einer Förderung**

a) Stellungnahme der entsendenden Klinikleitung zum Vorhaben

Hiermit unterstütze ich, dass

Frau/Herr Dr. med.

einen Antrag auf Förderung im Rahmen des Clinician Scientist-Programms der Medizinischen Fakultät Jena stellt und befürworte das beantragte Forschungsvorhaben.

b) Stellungnahme der entsendenden Klinikleitung im Falle einer Förderzusage

Im Falle einer Förderung im Clinician Scientist-Programms der Medizinischen Fakultät Jena versichere ich als Klinikleiter/in

Frau/Herrn Dr. med.

folgendes:

Ich sichere eine geschützte anteilige Freistellung von der klinischen Tätigkeit von mindestens 50 % zur Forschung über die gesamte Programmlaufzeit zu.

Ich sage zu, dass der geltende Arbeitsvertrag um die Dauer der Programmlaufzeit verlängert wird, insofern dies keine Entfristung der geförderten Person erforderlich macht.

Name der Klinikleiterin/des Klinikleiters

Datum

Unterschrift



**Formblatt 7.6 - Bestätigung der wissenschaftlichen Einrichtung/Gasteinrichtung,
in der die Untersuchungen durchgeführt werden sollen**

a) Bestätigung der wissenschaftlichen Einrichtung zur Absicherung des
Forschungsaufenthaltes

Als Leiter/in der
bestätige und unterstütze ich hiermit das Forschungsvorhaben von
Frau/Herr Dr. med. ,
welches im Rahmen des Clinician Scientist-Programms der Medizinischen Fakultät Jena in
meiner Arbeitsgruppe durchgeführt wird.

Ich bestätige, dass alle nötigen räumlichen, apparativen und sonstigen Voraussetzungen zur
Durchführung des Forschungsprojektes in meiner Arbeitsgruppe vorhanden und nutzbar
sind.

b) Bestätigung der wissenschaftlichen Einrichtung zur Organisationsstruktur der
Arbeitsgruppe

Ich bestätige, dass in meiner Arbeitsgruppe regelmäßige Projektbesprechungen,
Progress Report-Seminare, Journal Club-Seminare stattfinden.

Ich erkläre mich bereit, regelmäßige Projektbesprechungen durchzuführen.

Ich bestätige, dass die Teilnahme von
Frau/Herr Dr. med.
am Curriculum des Clinician Scientist-Programms ermöglicht wird.

Name der wiss. Projektbetreuerin/
des wiss. Projektbetreuers

Datum

Unterschrift



Formblatt 7.7 - Bereitschaftserklärung der Antragstellenden zur aktiven Teilnahme am Clinician Scientist-Programm

Stellungnahme zur Teilnahme am Qualifizierungs- und Mentoringprogramm

Im Falle einer Förderung im Clinician Scientist-Programm der Medizinischen Fakultät Jena:

erkläre ich mich bereit, aktiv am Qualifizierungs- und Mentoringprogramm des Clinician Scientist-Programms für die Dauer der Programmförderung teilzunehmen.

Name Antragsteller/in

Datum

Unterschrift