|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  |  |
| [ ]  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  |  |
| [ ]  |  |
| [ ]  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Bereitschaftserklärung der Antragstellenden zur aktiven Teilnahme am *Advanced Clinician Scientist*-Programm**

Für die Antragstellung im *Advanced Clinician Scientist*-Programm der Medizinischen Fakultät Jena benötigen wir von den Bewerberinnen und Bewerbern eine Stellungnahme hinsichtlich:

a) der Bereitschaft zur aktiven Teilnahme am Qualifizierungs- und Mentoringprogramm

b) der Beteiligung an der Aus- und Weiterbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses (z.B. Seminar, Kick-off-Meeting, Retreat, Workshops)

**Hinweis!** Bitte füllen Sie dieses Formblatt aus und unterschreiben Sie es.
Reichen Sie dieses Formblatt mit Ihrer Antragstellung ein!

1. **Stellungnahme zur Teilnahme am Qualifizierungs- und Mentoringprogramm**

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

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Erkläre ich mich bereit, aktiv am Qualifizierungs- und Mentoringprogramm des *Advanced Clinician Scientist*-Programms für die Dauer der Programmförderung teilzunehmen. |

1. **Stellungnahme zur Aus- und Weiterbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses**

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

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Erkläre ich mich bereit, mich aktiv an der Aus- und Weiterbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses zu beteiligen. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Name Antragstellerin/ Antragsteller | Datum | Unterschrift |

Für Rückfragen kontaktieren Sie bitte Frau Simone Möhring-Moldenhauer unter IZKF.Jena@med.uni-jena.de oder 03641-9 39 66 81.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |