<Titel, Vorname, Name>

<Klinik/Institut>

<Abteilung>

<97080 Würzburg>

E-Mail:

*Anmerkung zur Formatierung:*

* *Schrift: Arial, Größe: 10 pt.*
* *Insgesamt max. 2 Seiten. Bitte die Gliederung einhalten!*
1. **Informationen zur laufenden Clinician Scientist-Förderung**
	1. **Clinician Scientist-Programm**

**Programmname:**

**Projekttitel:**       *Projekttitel laut Bewerbung*

**Programmlaufzeit:**       -       *Format: mm/jjjj-mm/jjjj*

**Projektnummer:**       *siehe Bewilligungsschreiben*

* 1. **Mentoringteam** *(optional)*

**Klinisch:**       *Name, Einrichtung/Klinik/Institut*

**Wissenschaftlich:**       *Name, Einrichtung/Klinik/Institut*

**Programm-Mentoring:**       *Name, Einrichtung/Klinik/Institut*

* 1. **Geschützte Forschungsrotation(en)**

| **Zeitraum** | **Stellenanteil** | **Einrichtung, Klinik/Institut, Arbeitsgruppe** |
| --- | --- | --- |
| *Beispiel:* *01/2023-12/2023**07/2024-11/2024* | *100 %**100 %* | *Uniklinik Würzburg, Med. Klinik I, AG xy* *Uniklinik Würzburg, Med. Klinik I, AG xy* |

1. **Erläuterung zur Notwendigkeit einer zusätzlichen Förderung aufgrund der geplanten Drittmittelüberführung**

*(ca. halbe bis dreiviertel Seite)*