|  |
| --- |
| **BEWERBUNGSFORMULAR** **IZKF-Clinician Scientist-Programm** |

Das Bewerbungsformular darf 8 Din A 4-Seiten, Arial 10pt, nicht überschreiten. Bitte entfernen Sie vor Versand die Anmerkungen in grüner Schrift!

**Persönliche Angaben**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name** |       |
| **Vorname** |       |
| **Dienstl. Adresse** |       |
| **Dienstl. E-Mail-Adresse** |       |
| **Dienstl. Telefon** |       |
| **Derzeitige Tätigkeit** |       |
| **Geburtstag** |       |
| **ggf. Eltern-/Pflegezeiten** |       |

**Angaben zur Ausbildung**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Abitur** | Ort |       |
| Jahr |       |
| Durchschnittsnote |       |
| **Studium** | Hochschule |       |
| Zeitraum |       |
| Noten |       |
| **Promotion** | Thema |       |
| Abschlussdatum **[[1]](#footnote-1)** |       |
| Institution |       |
| **Approbation**  | Jahr **[[2]](#footnote-2)** |       |
| **Angabe von zwei Referenzen** (darunter ein Unterstützungsschreiben der wissenschaftlichen Mentorin/des wissenschaftlichen Mentors; **Angabe von Name und Institution,** Referenzschreiben bitte als Anhang beifügen) |       |
| **Ggf. weitere Forschungserfahrung** |
|       |
| **Ggf. bereits vorhandene klinische Erfahrung** |
|       |

**Gewünschte klinische und wissenschaftliche Ausrichtung im IZKF Clinician Scientist-Programm**

|  |  |
| --- | --- |
| **Angestrebte Facharztqualifikation** |       |
| **Arbeitsgruppe für die Forschungsrotation:** |
|       |
| **Angabe einer/eines wissenschaftlichen Mentor/in:** |
|       |
| **Beschreibung der klinischen und wissenschaftlichen Interessen** (max. 1.000 Zeichen inkl. Leerzeichen) |
|       |
| **Beschreibung der Motivation für die Mitgliedschaft im Programm** (max. 2.000 Zeichen inkl. Leerzeichen) |
|       |

**Skizze des Forschungsvorhabens für die nächsten drei Jahre:**

1. **Allgemeine Angaben**

Projekttitel (deutsch):

Projekttitel kurz (deutsch):

Projekttitel (englisch):

Projekttitel kurz (englisch):

**Abstract deutsch** (max. 1.600 Zeichen inkl. Leerzeichen):

1. **Stand der Forschung und eigene Vorarbeiten**

Ausführung mit Angabe von maximal 5-10 Literaturzitaten. Bei Publikationen bis zum Status *accepted* bitten wir um die Beilegung der Manuskripte.

1. **Zielsetzung des Forschungsprojekts (Angabe mehrerer Teilprojekte ist ebenfalls möglich)**

1. **Geplante Untersuchungen (Methoden, Arbeitsprogramm)**

1. **Zeitplan**

1. **Genehmigungen**
	1. **Untersuchungen am Menschen**

[ ]  notwendig
[ ]  nicht notwendig
[ ]  bereits genehmigt

Anmerkungen:

* 1. **Gentechnologische Experimente**

[ ]  notwendig
[ ]  nicht notwendig
[ ]  bereits genehmigt

Anmerkungen:

* 1. **Tierversuche**

[ ]  notwendig
[ ]  nicht notwendig
[ ]  bereits genehmigt

Anmerkungen:

1. **Umgang mit Forschungsdaten**

1. **Risikoeinschätzung**

1. **Erfolgsaussichten und langfristige Perspektiven des Projektes**

1. **Bitte geben Sie, falls vorhanden, Ihre extern eingeworbenen und kürzlich beantragten Drittmittel an.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Externe Institution/ Programm/Antrag-stellende/r** | **Status (beantragt/bewilligt)** | **Förder-beginn** | **Laufzeit in Monaten** | **Thema** | **Antrags-/ Bewilligungs-summe (€)** |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |  |
| Datum |  | Unterschrift  |

**Anlagen:**

* Aussagekräftiger Lebenslauf inkl. Publikationen und aktiven Kongressbeiträgen
* Zeugnisse einschließlich Promotionsurkunde, Approbation (bzw. Bestätigung des Dekanats über erfolgte Einreichung der Promotionsarbeit)
* 2 Referenzschreiben, darunter ein Unterstützungsschreiben der wissenschaftlichen Mentorin/des wissenschaftlichen Mentors
* Verpflichtungserklärung mit Rotationsplan

*Bitte senden Sie alle Unterlagen elektronisch und* ***als ein PDF-Dokument*** *an die Programm-Koordinatorin in der IZKF-Geschäftsstelle: Frau Dr. Tanja Grimmig (IZKF@ukw.de)!*

1. Falls die Promotion noch nicht abgeschlossen wurde, tragen Sie hier bitte das Datum der Einreichung ein und fügen Sie eine Bestätigung des Dekanats oder Ihrer Doktormutter/ Ihres Doktorvaters bei. [↑](#footnote-ref-1)
2. Voraussetzung für die Bewerbung ist die Approbation bzw. (bei nicht-deutschen Bewerbern) die Arbeitserlaubnis als Ärztin/ Arzt in Deutschland. [↑](#footnote-ref-2)