****

**Bestätigung der wissenschaftlichen Leitung**

Name der:des Leiter:in / wissenschaftlichen Mentor:in

Forschungseinrichtung / Arbeitsgruppe

Name der:des Bewerber:in

Hiermit befürworte ich als Leiter:in der oben genannten Forschungseinrichtung der Medizinischen Hochschule Hannover die Bewerbung der:des o.g. Bewerber:in. Ich sichere zu, dass die strukturellen Voraussetzungen gegeben sind, das vorgeschlagene Projekt in meiner Arbeitsgruppe innerhalb des im Antrag angegebenen Zeitrahmens zu realisieren.

Die/Der wissenschaftliche Mentor:in handelt auf Basis der Leitlinien der „Standards zur guten wissenschaftlichen Praxis“ der Medizinischen Hochschule Hannover i.d.F. 08.10.2019 und der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) i.d.F. 08/2019. Die „Leitlinien zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ der DFG wurde bei der Projektplanung der Bewerber:in berücksichtigt.

Im Rahmen der Förderung der Bewerber:in im Clinician Scientist Programm verpflichtet sich die/der wissenschaftliche Mentor:in eine angemessene Karriereunterstützung und individuelle Betreuung der Bewerber:in als Wissenschaftler:in zu leisten. Das Erreichen und die Qualifikationsziele der/des soll gemäß der o.g. Leitlinien schriftlich festgelegt und deren Fortschritt fortlaufend dokumentiert werden.

* Grundsätze der MHH: <https://www.mhh.de/fileadmin/mhh/ombudswesen/Dokumente/10.19___Version_4.1._GWP_Regeln_DEUTSCH.pdf>
* Leitlinien der DFG: <https://www.dfg.de/download/pdf/foerderung/rechtliche_rahmenbedingungen/gute_wissenschaftliche_praxis/kodex_gwp.pdf>

Darüber hinaus stellt die/der Mentor:in im Folgenden genannte Ressourcen für das Projekt bereit.

<INDIVIDUELLE AUFLISTUNG zur Sicherstellung der Projektdurchführung der Kollegiat:innen>

Ort, Datum Unterschrift