

## Bestätigung der Abteilungsleitung

---

Name der:des Direktor:in

---

Abteilung / Klinik / Institut

---

Name der:des Bewerber:in

Hiermit befürworte ich als Direktor:in der o.g. Abteilung der Medizinischen Hochschule Hannover die Bewerbung der:des o.g. Bewerber:in. Im Falle eines positiven Entscheids zur Aufnahme in das Förderprogramm sichere ich die Anstellung als (Zahn-)Ärzt:in in der Weiterbildung zur:m Fachärzt:in bzw. Spezialist:in an meiner Abteilung über die Dauer des Programms, bis Juni 2025 zu. Der Rotationsplan für das Programm wurde gemeinsam erarbeitet, an die Dienstplanverantwortlichen kommuniziert und von mir vollumfänglich unterstützt.

Insbesondere werde ich dafür Sorge tragen, dass die festgelegten Zeiten zur Durchführung der geplanten wissenschaftlichen Arbeiten eingehalten werden. Darüber hinaus stelle ich die Freistellung von klinischen Tätigkeiten zur Teilnahme am Begleitcurriculum sicher, dies umfasst insbesondere die monatlichen Lunchseminare, die Retreats der Clinician Scientists und des SFB/Transregion SIIRI sowie weitere Kurse, Seminare zur wissenschaftlichen Qualifizierung und Karriereförderung.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift