**Antrag auf Förderung als „Clinician Scientist“**

**im Else Kröner-Forschungskolleg Göttingen**

Bitte füllen Sie dieses Antragsformular vollständig aus. Bitte übernehmen Sie die Vorgaben.

Der Platz für Text kann nach Bedarf erweitert oder reduziert werden, insgesamt soll der Antrag 12 Seiten nicht überschreiten. Bitte schicken Sie Ihren Antragsbogen an das Koordinationsbüro (dorothea.meinzer@med.uni-goettingen.de).

1. **Antragsteller/in**

Name:

Vornamen:

Titel:

Geburtsdatum:

Private Adresse:

Private Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Klinik:

Klinikdirektor/in

1. **Thema des Projekts**
2. **Kurzfassung des Projekts (max. 15 Zeilen)**
3. **Partnereinrichtung (Institut/Klinik), in der das Forschungsjahr erfolgen soll** (Mehrfachnennung möglich, kann auch die entsendende Einrichtung sein)
4. **Geplanter Beginn des Forschungsjahrs**

(Das Forschungsjahr soll spätestens am 01.08.2020 begonnen werden. Ein späterer Beginn ist in begründeten Ausnahmefällen nach Absprache möglich.)

1. **Befürwortung des Antrags durch die Klinikdirektorin/den Klinikdirektor**

Name:

Datum:

Unterschrift Klinikdirektor/in



1. **Befürwortung des Antrags durch die Leitung der Partnereinrichtung (Forschungsjahr)**

Name:

Datum:

Unterschrift Leiter/in der Partnereinrichtung

****

1. **Unterschrift Antragsteller/in**

Name:

Datum:

Unterschrift Antragsteller/in



**Motivationsschreiben**

(1 Seite inkl. Darstellung der beruflichen Ziele und Angabe der angestrebten Facharztqualifikation)

**Angaben zur Person der Antragstellerin/des Antragstellers**

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | Name, Vorname, Titel:      Geburtsdatum:      Klinik, in der eine Beschäftigung angestrebt wird oder bereits erfolgt:      In der Klinik beschäftigt seit bzw. voraussichtlich ab:      Angaben zum aktuellen Arbeitsvertrag, sofern verfügbarPosition (z.B. Assistenzarzt, Wiss. Mitarb.):      Tarifgruppe (z.B. TV-Ä1 Stufe 2):      [ ]  unbefristet [ ]  befristet bis      [ ]  aus Plan-/Haushaltsmitteln finanziert [ ]  aus Drittmitteln finanziertAnrechnungszeiten (z.B. Mutterschutz, Elternzeit):      |
| **2** | **Tabellarischer Lebenslauf** (Kurzfassung unter Angabe von Studien- und Schulabschlüssen) |
| **3** | **Promotion** (Datum, Thema, Fachgebiet, Betreuer, Bewertung) **– muss zum Zeitpunkt der Antragstellung eingereicht sein (Datum angeben)!**  |
| **4** | **Ggf.** **Wissenschaftliche Tätigkeit nach der Promotion (Datum, Ort, Forschungsgebiet)** |
| **5** | **Ggf. Veröffentlichungen der Antragstellerin/des Antragstellers**(ohne Abstracts, Original- und Übersichtsarbeiten getrennt aufführen, vollständige Zitate) |
| **6** | **Ggf. bisherige Drittmittelförderung und beantragt Drittmittelprojekte der Antragstellerin/des Antragstellers** (bitte Bewilligungsbescheid und Kurzfassung laufender sowie in der Begutachtung befindlicher Anträge beifügen) |
| **7** | **Bisherige Klinische Tätigkeit** (Zeiträume, Ort, Klinik) |

**Angaben zum beantragten Forschungsvorhaben**

|  |  |
| --- | --- |
| **9** | **Stand der Forschung einschließlich relevanter Literaturangaben (max. 10 Zitate)** |
| **10** | **Projektspezifische Publikationen der Antragstellerin/des Antragstellers und/oder der Institution, an der das Projekt durchgeführt werden soll** (bitte den Namen der Antragstellerin/des Antragstellers und/oder der Betreuerin/des Betreuers unterstreichen) |
| **11** | **Projektspezifische Vorarbeiten/Methodenexpertise der Antragstellerin/des Antragstellers und/oder der Institution, an der das Projekt durchgeführt werden soll** |
| **12** | **Ziele des Vorhabens** (bitte Arbeitshypothesen formulieren)**1.****2.****3.****…** |
| **13** | **Arbeitsprogramm mit Zeitplanung** |
| **14** | **In welcher Klinik / welchem Institut soll das Forschungsprojekt stattfinden und inwiefern eignet sich diese Partnereinrichtung?** Die Kandidaten sind frei, für Ihr Forschungsjahr eine Einrichtung innerhalb oder außerhalb Göttingens zu wählen. In jedem Fall sollte aber kurz dargelegt werden, inwiefern es sich um eine Einrichtung handelt, der im Hinblick auf das gewählte Thema eine führende Rolle zukommt. |
| **15** | **Welche Kooperationen mit anderen Abteilungen der Fakultät oder inner- und außeruniversitären Forschungseinrichtungen sind vorgesehen bzw. erforderlich?** |
| **16** | **Wie und mit welchen Themen soll der Antragsteller nach dem Forschungsjahr wissenschaftliche Selbständigkeit erlangen?** |
| **17** | **Wenn für die Durchführung des Projekts Anträge an die Ethik- oder Tierkommission erforderlich sind, bitte angeben, inwieweit diese schon vorbereitet, eingereicht oder genehmigt sind.** (Bitte Angabe der Aktenzeichen) |
| **18** | **Besonderheiten/Anmerkungen** |

**Erklärung**

Hiermit wird bestätigt, dass der vorliegende Antrag von mir selbst verfasst worden ist und dass ich keine anderen Quellen benutzt habe als diejenigen, die in dem Antrag genannt sind.



**Unterschrift Antragsteller/in**

**Datum:**

**Datenschutz**

Wir weisen Sie darauf hin, dass die Einreichung der Bewerbung eine datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Bewerberdaten für uns darstellt.

Ihre Daten werden an die am Auswahlprozess beteiligten internen und externen Stellen übermittelt.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis, dass meine Antragsunterlagen zum Zweck der Koordination und Verwaltung des DFG Clinician Scientist Kollegs gespeichert werden, bis das Kolleg abgeschlossen ist.



**Unterschrift Antragsteller/in**

**Datum:**