**Bestätigung klinische:r Mentor:in**

Name klinische:r Mentor:in

Klinik / Arbeitsgruppe

Name Bewerber:in

Hiermit befürworte ich als klinische:r Mentor:in die Bewerbung der:des o.g. Bewerber:in. Ich sichere zu, dass die strukturellen Voraussetzungen gegeben sind, das vorgeschlagene Projekt innerhalb des im Antrag angegebenen Zeitrahmens zu realisieren.

Ich als wissenschaftliche:r Mentor:in handle auf Basis der Leitlinien der „Standards zur guten wissenschaftlichen Praxis“ der Medizinischen Hochschule Hannover i.d.F. 06.07.2022 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.

* Grundsätze der MHH:

<https://www.mhh.de/fileadmin/mhh/ombudswesen/Dokumente/Grunds%C3%A4tze_der_MHH_zur_GWP__Version_5.0__2022_.pdf>

* Leitlinien der DFG: <https://www.dfg.de/download/pdf/foerderung/rechtliche_rahmenbedingungen/gute_wissenschaftliche_praxis/kodex_gwp.pdf>

Im Rahmen der Förderung der Bewerber:in im Clinician Scientist Programm verpflichte ich mich als klinische:r Mentor:in, eine angemessene Karriereunterstützung und individuelle Betreuung der Bewerber:in als Kliniker:in und Wissenschaftler:in zu leisten. Das Erreichen der Kompetenzziele der/des Bewerber:in soll gemäß der o.g. Leitlinien schriftlich festgelegt und deren Fortschritt in Mentor:innengesprächen fortlaufend dokumentiert werden.

Ich verpflichte mich, an den Mentor:innengesprächen teilzunehmen, um somit die Entwicklung des/der o.g. Bewerber:in bestmöglich zu unterstützen und zu fördern.

Darüber hinaus stelle ich als klinische:r Mentor:in die im Folgenden genannte Ressourcen für das Projekt bereit:

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

Ort, Datum Unterschrift