**Zusage zur Weiterbeschäftigung der/des Kandidat\*in**

**im Anschluss an das *Clinician Scientist Programm***

Hiermit bestätige ich, Frau/Herr (Name, Vorname Einrichtungsleiter\*in)

.................................................................................................................................................

dass die/der Kandidat\*in ....................……………………………………………………………..

nach erfolgreichem Abschluss des *Clinician Scientist Programms* bis zum Ende ihrer/seiner

Facharztausbildung in meiner Einrichtung .............................................................................

.................................................................................................................................................

weiterbeschäftigt wird.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Datum** |  | **Unterschrift /Stempel Einrichtungsleitung** |