Antrag – Clinician Scientist im Rahmen vom RINAI Programm

DFG-Förderprogramm an der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum

|  |  |
| --- | --- |
| **Antrag-Nr.** (wird vom Koordinator eingetragen) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Antragsteller\*in**Titel / Name / Klinik, Abteilung |  |
| **Klinikleiter\*in**Titel / Name / Klinik, Abteilung |  |
| **Forschungsvorhaben**Titel |  |
| **Akronym** |  |

|  |
| --- |
| Kurzbeschreibung (max. 400 Wörter) |
|  |

**1.** **Angaben zum Antragsteller/zur Antragstellerin**

**1.1 Antragsteller\*in**Vorname, Name, Akademischer Grad, Geburtsdatum, Nationalität, Adresse, Telefon, E-Mail

Institution und Institut / Abteilung, Dienststellung, Haus- oder Drittmittelstelle, derzeitiger Stellenumfang mit Eingruppierung und Jahresgehalt.

Lebenslauf (tabellarisch und unterschrieben mit Angabe des Promotionsthemas und -datums) als Anlage I

[ ]  Lebenslauf, s. Anlage I

**1.2 Voraussetzungen für den Antragsteller/die Antragstellerin**Freistellungszusage des Klinikleiters, Art der Weiterbeschäftigung nach dem Freistellungsjahr mit verbindlicher Zusage des Klinikleiters sowie Befürwortung der Geschäftsführung der Klinik.

[ ]  Bescheinigung des Klinikleiters/der Klinikleiterin, s. Anlage II

[ ]  Bescheinigung der Geschäftsführung, s. Anlage III

**2. Angaben zum Forschungsvorhaben**

**2.1 Titel**

**2.2 Akronym**

**2.3 Stand der Forschung und Vorarbeiten**

**2.4 Arbeitsprogramm und -Ziele**Ausführliche Beschreibung des Arbeitsprogramms mit geplanten, konkreten Ziele und dem Zeitplan

**2.5 Zusammensetzung der Arbeitsgruppe**Falls zutreffend - Mitarbeiter im Forschungsprogramm mit stichwortartiger Beschreibung der Aufgabengebiete

**2.6 Zusammenarbeit mit anderen Wissenschaftler\*innen**

**2.7 Wissenschaftliche Betreuung**

Zusage von zwei Mentor\*innen je aus der Klinik und Grundlagenwissenschaften für die Betreuung des Forschungsvorhabens. Bitte Mentoring-Zusage lt. Vorlage als Anlage beifügen

[ ]  Mentoring-Zusagen, s. Anlage IV

**2.8 Literaturverzeichnis**

**3. Angaben zur Qualifikation des Antragstellers/der Antragstellerin**

**3.1.a Publikationen des Antragstellers/der Antragstellerin**

|  |  |
| --- | --- |
| **Anzahl aller Publikationen**(*ohne* Abstracts und Buchkapitel) | **Summe Impact-Faktoren**(aktueller Wert lt. *Web of Science* bzw. EVALuna Biblio) |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Anzahl an Originalarbeiten** | **Summe Impact-Faktoren**(aktueller Wert lt. *Web of Science* bzw. EVALuna Biblio) |
|  |  |

**4.1.b Gesamtliste der Publikationen des Antragstellers/der Antragstellerin**

Gesamtliste bitte mit Angabe des Publikationstyps und des Impact Faktors. Format lt. Vorlage

[ ]  Publikationsliste, s. Anlage V

**4.2. Drittmittel (Gesamtliste des Antragstellers/der Antragstellerin)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fördermittelgeber**(DFG, BMBF, EU, HFSP, Stiftungen, Industrie) | **Projekttitel** | **Förderbetrag (Euro)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**5. Unterschrift**

……………… ......................................………………

Datum Unterschrift Antragsteller\*in

**6. Anlagen**

1. Lebenslauf
2. Bescheinigung Klinikleiter\*in
3. Bescheinigung Geschäftsführung
4. Mentoring-Zusagen
5. Publikationsliste

**Anlage I zum Antrag im Rahmen von CS-Programm RINAI**

**Lebenslauf**

**Anlage II zum Antrag im Rahmen von CS-Programm RINAI**

|  |  |
| --- | --- |
| **Antragsteller\*in**Titel / Name / Klinik, Abteilung |  |
| **Klinikleiter\*in**Titel / Name / Klinik, Abteilung |  |
| **Forschungsvorhaben** |  |
| **Akronym** |  |

Hiermit wird bestätigt, dass o. g. Antragsteller\*in meiner Klinik/Abteilung zum Zeitpunkt des Programmbeginns angestellt ist und für den Zeitraum des Programms von 3 Jahren für mindestens 50% der Arbeitszeit zur Durchführung des o. g. Forschungsprojektes von klinischen Verpflichtungen freigestellt wird.

Nach Abschluss des Forschungsjahres wird o. g. Antragsteller\*in in folgender Funktion weiterbeschäftigt:

……………………………………………………………………………………………………………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift Stempel

**Anlage III zum Antrag im Rahmen von CS-Programm RINAI**

|  |  |
| --- | --- |
| **Antragsteller\*in**Titel / Name / Klinik, Abteilung |  |
| **Geschäftsführung**Name / Klinik |  |
| **Forschungsvorhaben** |  |
| **Akronym** |  |

Hiermit wird bestätigt, dass die Beantragung einer Clinician Scientist-Stelle der o.g. Antragstellerin / des o. g. Antragstellers in unserer Klinik im beantragten Rahmen befürwortet wird.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift Stempel

**Anlage IV zum Antrag im Rahmen von CS-Programm RINAI**

|  |  |
| --- | --- |
| **Antragsteller\*in**Titel / Name / Klinik, Abteilung |  |
| **Klinikleiter\*in**Titel / Name / Klinik, Abteilung |  |
| **Forschungsvorhaben** |  |
| **Akronym** |  |

Als Mentor\*innen für das o. g. Forschungsvorhaben fungieren:

**Mentor\*in I**

Name:

Klinik / Abteilung:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift Stempel

**Mentor\*in II**

Name:

Klinik / Abteilung:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift Stempel

**Anlage V zum Antrag im Rahmen von CS-Programm RINAI**  Name

**Publikationsliste**

Auflistung bitte chronologisch absteigend; ggf. Zeilen einfügen bzw. löschen

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr.**  | **Publikation** | **Publikations-typ**lt. *Web of Science* | **Impact****Faktor**Aktueller IF lt. *Web of Science* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Checkliste - Antrag „CS-Programm RINAI“**

Bitte vor Einreichung des Antrags prüfen und unterzeichnet mit einreichen

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **JA** | **NEIN** | **Nicht** **notwendig** |
| Einzureichende Unterlagen:Elektronisch inkl. aller Anlagen in einem Dokument per E-Mail(PDF; *kein* Scan-Dokument) und zusätzlich eine Printversion inkl. aller Anlagen mit Unterschriften |  |  |  |
| Ggf. Vorlage eines Ethikvotums für das geplante Projekt(die alleinige Angabe einer Registriernummer ist nicht ausreichend)  |  |  |  |
| Ggf. Vorlage einer Tierversuchsgenehmigung für das geplante Projekt(die alleinige Angabe einer Registriernummer ist nicht ausreichend) |  |  |  |
| Fristgerechte Einreichung aller Unterlagen |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift Antragsteller\*in

**Bitte senden Sie Ihre Unterlagen bis zum 31.03.2025 an:**

Sandra Dunn

Koordination RINAI Programm

Marien Hospital Herne

Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum

Hölkeskampring 40

44625 Herne

Tel.: 02323 / 4995106

E-Mail: sandra.dunn@elisabethgruppe.de