*UMEA - Universitätsmedizin Essen Clinician Scientist Academy*

**Bewerbungsformular für das Clinician Scientist-Programm**

Dieses Formular dient der Datenerfassung für Ihre Bewerbung für das Clinician Scientist Programm UMEA und erleichtert die Verarbeitung Ihrer Daten. Ihre Bearbeitungen können direkt in dieses editierbare Word Dokument eingetragen werden.

|  |  |
| --- | --- |
| **Persönliche Angaben** | |
| **Titel** |  |
| **Name** |  |
| **Vorname** |  |
| **Geburtsdatum** |  |
| **Adresse** |  |
| **E-Mail-Adresse** |  |
| **Telefon** |  |
| **Derzeitige Tätigkeit** |  |
| **Anzahl Kinder** |  |
| **Erziehungs- oder Pflegezeiten** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Angaben zur Ausbildung** | | |
| **Abitur** | Ort |  |
|  | Jahr |  |
|  | Durchschnittsnote |  |
| **Studium** | Hochschule |  |
|  | Zeitraum |  |
|  | Noten |  |
| **Promotion** | Thema |  |
|  | Institution |  |
|  | Abschlussnote |  |
|  | Datum (Monat/Jahr) |  |
| **Publikationen** | Anzahl Originalarbeiten **gesamt** |  |
|  | Anzahl Originalarbeiten in **alleiniger** Erst- oder Letzt-autorenschaft |  |
|  | Anzahl Originalarbeiten mit **geteilter** Erst- oder Letzt­autorenschaft |  |
|  | Anzahl Reviews |  |
|  | Anzahl Fallstudien |  |
| **Angabe der Originalarbeiten in Erst-/ Letztautorenschaft** *(bitte Kennzeichnung falls geteilte Autorenschaft)* **jeweils mit Impactfactor des aktuellen Jahres** | |  |
|  |
|  |
|  |
| **Angabe der Originalarbeiten in Ko-Autorenschaft jeweils mit Impactfactor des aktuellen Jahres** | |  |
| **Weitere Forschungserfahrung und/oder klinische Erfahrung im Ausland** | |  |
| **Interne Förderungen** (Angabe des Programms mit Zeitraum) | |  |
| **Besondere Auszeichnungen/Preise** (Angabe der Förderinstitution mit Datum/Zeitraum und Betrag) | |  |

**Bitte geben Sie hier Ihre externen kompetitiv eingeworbenen und kürzlich beantragten Drittmittel an, sofern Sie diese eigenständig eingeworben haben (PI oder Co-PI).**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Eigene Rolle (z.B. PI, Co-PI)** *und wenn Sie nicht PI sind, PI in Klammern angeben.* | **Fördernummer** | **Organisation** | **Förderbeginn** | **Laufzeit in Jahren** | **Status** *(beantragt, bewilligt)* | **Bewilligt (€), Gesamt-summe und ggf. Eigenanteil nennen** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gewünschte klinische und wissenschaftliche Ausrichtung im UMEA Clinician Scientist-Programm** | | | | | | | | |
| **Zuordnung UMEA Schnittstelle** | | | | | | | | **Forschungsprojekt außerhalb der UMEA Schnittstellen** |
| **Herz-Hirn** | | **Onko-Immun** | | | **Transplant-Immun/Infekt** | | |
|  | |  | | |  | | |  |
| **Angestrebte Facharztqualifikation** | | |  | | | | | |
| **Facharzt- ausbildung (FAA)** | **Start FAA Monat/Jahr** | |  | | | | | |
| **Aktuelles Jahr FAA** | |  | | | | | |
| **Klinik** | | |  | | | | | |
| **Laufzeit Arbeitsvertrag** | | |  | | | | | |
| **Klinikleiter\_in** | | |  | | | | | |
| **Klinischer Mentor\_in** | | |  | | | | | |
| **Wissenschaftlicher Mentor\_in** | | |  | | | | | |
| **Geplante Freistellung (nach Förderjahr 1.-3.)** | | | Arbeitszeit insg. (%) | Laufzeit von - bis | | Klinik in % | Forschung in % | |
|  |  | |  |  | |
|  |  | |  |  | |
|  |  | |  |  | |

**Wissenschaftliches Konzept:**(max. 3 Seiten; Corbel 10 pt.)

1. **Allgemeine Angaben**

**Projekttitel**

**Abstract** (maximal 1800 Zeichen inklusive. Leerzeichen):

1. **Stand der Forschung und eigene Vorarbeiten**Ausführung mit Angabe von maximal 5 - 10 Literaturzitaten Bitte beschreiben Sie hier auch das Netzwerk/die Arbeitsgruppe innerhalb dessen/der ihr Forschungsprojekt erfolgt. Ihr Eigenanteil an den Vorarbeiten sollte dabei deutlich herausgestellt werden.
2. **Zielsetzung des Forschungsprojekts (Angabe mehrerer Teilprojekte ist ebenfalls möglich)**Ihr Eigenanteil am Forschungsprojekt sollte dabei deutlich herausgestellt werden.
3. **Geplante Untersuchungen (Methoden, Arbeitsprogramm)**Ihr Eigenanteil am Forschungsprojekt sollte dabei deutlich herausgestellt werden.
4. **Zeitplan und wissenschaftliche Meilensteine nach 12, 24 und 36 Monaten**
5. **Finanzierungsplan***Die Clinician Scientist Stelle wird mit 50% TV-Ä1 über 36 Monate beantragt.(Orientierung an den aktuellen DFG Personalmittelsätzen)*

*Es werden für die Laufzeit des CS Programms zusätzlich 10.000 € Sachmittel zur Verfügung gestellt, die z.B. für Verbrauchsmittel, Reisekosten, eine Studentische Hilfskraft, etc. eingesetzt werden können.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Positionen** | **Betrag pro Jahr in €** | **Betrag gesamt (3 Jahre) in €** | **Begründung** |
| 1. **Personalmittel\*** |  |  |  |
| Clinician Scientist Stelle |  |  |  |
| Studentische Hilfskraft |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 1. **Sachmittel/Verbrauchsmittel** |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 1. **Geräte bis 10.000 €, Software und Verbrauchsmaterial (incl. Versuchstiere)** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 1. **Reisemittel** |  |  |  |
| 1. **Publikationsmittel** |  |  |  |
| **Summe aller Kosten\*\*** |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Genehmigungen** | (ja/nein/nicht zutreffend) |
| * 1. **Untersuchungen am Menschen** |  |
| * 1. **Klinische Studien** |  |
| * 1. **Versuche mit Wirbeltieren.** |  |
| * 1. **Experimente mit rekombinanter DNA.** |  |
| * 1. **Forschung an humanen embryonalen Stammzellen.** |  |
| * 1. **Forschung zum Übereinkommen über die biologische Vielfalt.** |  |
| * 1. **Untersuchungen im Zusammenhang mit der Dual-Use-Forschung von Belang.** |  |
| **Anmerkungen** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Datum |  | Unterschrift |

**Anlagen:**

* Tabellarischer Lebenslauf inkl. Publikationsliste
* Zeugnisse in Kopie (Abiturzeugnis, Zeugnis über die ärztliche Prüfung, Approbationsurkunde, Promotionsurkunde)
* 2 Referenzschreiben der Mentor:innen (klinisch/wissenschaftlich)

Information gemäß Artikel 13 DS-GVO  
(Datenschutzgrundverordnung)

Wir legen großen Wert auf den Schutz Ihrer Daten.

Gemäß Artikel 13 DS‑GVO informieren wir Sie daher nachfolgend über die Verarbeitung der von Ihnen im Rahmen des Bewerbungsverfahrens zur Verfügung gestellten personenbezogenen Daten.

1. **Welche Daten/Datenarten sind konkret betroffen?**Folgende personenbezogene Daten stellen Sie uns im Rahmen Ihrer Bewerbung zur Verfügung:

* Stammdaten (wie z. B. Vorname, Name Geburtsdatum)
* Kontaktdaten (wie z. B. Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)
* Angaben zur Ausbildung
* Angaben zum derzeitigen Arbeitsverhältnis

1. **Verarbeitungszwecke**Die uns zur Verfügung gestellten personenbezogenen Daten werden ausschließlich für Ihre Bewerbung als Clinician Scientist in der Universitätsmedizin Essen (UMEA Clinician Scientist Programm) verwendet.
2. **Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung**  
   Rechtsgrundlage für die Verarbeitung sind Art. 6 Abs. 1 lit. b) DS-GVO, § 26 BDSG, § 18 DSG NRW.
3. **Empfänger und Weitergabe Ihrer Daten an Dritte**

Innerhalb der Universitätsmedizin Essen erhalten nur die Personen und Stellen Ihre personenbezogenen Daten, die für das konkrete Bewerbungsverfahren zuständig sind. Soweit im Rahmen des Bewerbungsverfahrens aufgrund gesetzlicher Vorgaben zuständige Gremien der Universität Duisburg-Essen zu beteiligen sind, werden Ihre Daten im Wege der Auftragsverwaltung weitergegeben.

Im Rahmen der Verarbeitung können Ihre Daten auch an öffentliche Stellen, die Ihre Daten aufgrund gesetzlicher Vorschriften erhalten müssen sowie ggf. an externe Unternehmen (z. B. Geldinstitute zur Abwicklung von Zahlungen an Sie) übermittelt werden.

1. **Übermittlung von personenbezogenen Daten in ein Drittland**

Wir übermitteln keine personenbezogenen Daten an Drittländer.

1. **Dauer der Speicherung/Kriterien für die Festlegung der Speicherdauer und Löschung**Wir speichern Ihre Daten nur für den Zeitraum des Bewerbungsverfahrens. Sollten Sie nach Abschluss des Bewerbungsverfahrens nicht eingestellt werden, werden wir Ihre Daten nach Ablauf einer Frist von 6 Monaten löschen.
2. **Hinweis auf Rechte der Betroffenen**Gemäß Art. 13 Abs. 2 lit. b) DS-GVO haben Sie das Recht auf:

* Auskunft (Art. 15 DS‑GVO und § 34 BDSG)
* Berichtigung (Art. 16 DS‑GVO)
* Löschung (Art. 17 DS‑GVO und § 35 BDSG)
* Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DS‑GVO)
* Widerspruch gegen unzumutbare Datenverarbeitung (Art. 21 DS‑GVO und § 36 BDSG)

Möchten Sie eins dieser Rechte in Anspruch nehmen, wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des Universitätsklinikum Essen.

1. **Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde**Weiterhin haben Sie das Recht, Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde einzureichen:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit  
Nordrhein‑Westfalen  
Postfach 20 04 44  
40102 Düsseldorf  
Telefon: 0211 38424‑0

1. **Namen, Kontaktdaten des Verantwortlichen**Die Verantwortung für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten hat:

Universitätsklinikum Essen AöR  
Hufelandstr. 55  
45147 Essen  
Telefon: 0201 723‑0

1. **Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten**

Universitätsklinikum Essen AöR  
Datenschutzbeauftragter  
Hufelandstr. 55  
45147 Essen  
Telefon: 0201 723‑0  
E-Mail: datenschutz@uk-essen.de