*UMEA2 – University Medicine Essen Advanced Clinician Scientist Academy*

**Bewerbungsformular für das Advanced Clinician Scientist-Programm**

Dieses Formular dient der Datenerfassung für Ihre Bewerbung für das **Advanced Clinician Scientist Programm UMEA²** 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 mit Geburtsjahren** |  |
| **Erziehungs- oder Pflegezeiten** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Angaben zur Ausbildung** | | |
| **Abitur** | Ort |  |
|  | Jahr |  |
|  | Durchschnittsnote |  |
| **Studium** | Hochschule |  |
|  | Zeitraum |  |
|  | Noten |  |
| **Promotion** | Thema |  |
|  | Institution |  |
|  | Abschlussnote |  |
|  | Datum (Monat/Jahr) |  |
| **Facharztweiter-bildung** | Beginn der Facharzt-weiterbildung |  |
|  | Facharztqualifikation |  |
|  | Abschluss der Facharztprüfung |  |
|  | Zusatzbezeichnungen (falls vorhanden) |  |
| **Habilitation** | Thema |  |
|  | Institution |  |
|  | Venia legendi |  |
|  | Abschluss/ Erwarteter Abschluss  Datum (Monat/Jahr) |  |
| **Publikationen** | Anzahl Originalarbeiten gesamt |  |
|  | Anzahl Originalarbeiten in Erst- oder Letztautorenschaft |  |
|  | Anzahl Originalarbeiten mit geteilter Autorenschaft |  |
|  | Anzahl Reviews |  |
|  | Anzahl Fallstudien |  |
| **Angabe der Originalarbeiten in Erst-/ Letztautorenschaft** *(bitte Angabe falls geteilte Autorenschaft)* **jeweils mit Impactfactor des aktuellen Jahres** | |  |
| **Angabe der Originalarbeiten in Ko-Autorenschaft jeweils mit Impactfactor des aktuellen Jahres** | |  |
| **Besondere klinische Expertise** | |  |
| **Ggf. weitere Forschungserfahrung und/oder klinische Erfahrung im Ausland** | |  |
| **Ggf. Gremienarbeit und/oder Mitgliedschaften** | |  |
| **Engagement in der akademischen Selbstverwaltung** | |  |
| **Führungserfahrung, Betreuungserfahrung** | |  |

**Bitte geben Sie hier Ihre eingeworbenen und kürzlich beantragten Mittel an.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 (€),**Gesamtsumme und ggf. Eigenanteil nennen |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Gewünschte klinische und wissenschaftliche Ausrichtung im UMEA2 Advanced Clinician Scientist-Programm** | | |
| **Zuordnung UMEA Schnittstelle** | | |
| **Herz-Hirn** | **Onko-Immun** | **Transplant-Immun/Infekt** |
|  |  |  |
| Wenn Unsicherheit bezüglich der Zuordnung besteht, sprechen Sie uns gerne an. | | |
| **(Aufnehmende) Klinik** |  | |
| **Klinikleiter:in** |  | |
| **Ggf. Angestrebte Zusatzqualifikation** |  | |
| **Laufzeit Arbeitsvertrag (für interne Bewerber:innen)** |  | |
| **Mit Start des Programms ist eine unbefristete Stelle notwendig** | Zusage der Klinikdirektion liegt vor | |
| **Über die Mittel des ACS-Programms kann keine Grundausstattung angeschafft werden.** | Zusage der Klinikdirektion/der Mentor:innen liegt vor, dass Forschungsmöglichkeiten (Räume, Grundausstattung, etc.) vorhanden sind | |
| **Klinische Mentor:in** |  | |
| **Wissenschaftliche Mentor:in** |  | |
| **Institut für Forschung** |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Geplante Nutzung von Core Facilities an der Universitätsmedizin Essen (optional)** | |
| **Core Facility** | **Nutzung** |
|  |  |
|  |  |

Die Core Facilities sind auf folgender Webseite aufgelistet:

https://www.uni-due.de/med/forschung/ressourcen/index.shtml

**Wissenschaftliches Konzept:**(max. 10-15 Seiten exklusive Referenzen; Corbel 10 pt.)

1. **Allgemeine Angaben**
   1. **Projekttitel**

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

1. **Ziele** 
   1. **Wissenschaftliche und/oder technische Arbeitsziele des Vorhabens**

1. **Ausgangslage**
   1. **Stand der Forschung und eigene Vorarbeiten**

* 1. **Projektbezogene Publikationen Ihrer Arbeiten (maximal 10 Arbeiten)**

1. **Ausführliche Beschreibung des Arbeitsplans**
   1. **Arbeitsprogramm inkl. vorgesehener Untersuchungsmethoden**

* 1. **Voraussichtliche Gesamtdauer des Projekts, Zeitplan und wissenschaftliche Meilensteine**

* 1. **Begründung für die Wahl der aufnehmenden Einrichtung/en**

1. **Verwertungsplan** (bitte schildern Sie die folgenden Punkte kurz. Verwenden Sie für die Darstellung des Zeithorizonts die Begriffe „kurzfristig, mittelfristig und langfristig“)
   1. **Wirtschaftliche Erfolgsaussichten**

* 1. **Wissenschaftliche und/oder technische Erfolgsaussichten**

* 1. **Wissenschaftliche und wirtschaftliche Anschlussfähigkeit**

* 1. **Arbeitsteilung/Zusammenarbeit mit Dritten**

1. **Literaturverzeichnis zum Stand der Forschung, zu den Zielen und dem Arbeitsprogramm**

1. **Beantragte Mittel (Begründung jeder im Formular erfassten Position)**

*Die Advanced Clinician Scientist Stelle wird mit 50% TV Ärzte über 6 Jahre beantragt.*

*Jede/r Advanced Clinician Scientist kann bis zu 130.000,00 € pro Jahr beantragen. Davon wird zum einen der Forschungsanteil der eigenen Stelle finanziert, zum anderen können diese Mittel für technischen Support (TA, Study Nurse) und Sachmittel/Verbrauchsmittel/Reisekosten etc. eingesetzt werden.*

*Nach Aufnahme in UMEA² besteht außerdem die Möglichkeit über einen gesonderten Antrag Mittel für eine MD- oder PhD-Stelle zu beantragen.*

*Bitte beachten Sie, dass keine Grundausstattung finanziert werden kann und keine interne Leistungsverrechnung für Dienstleistungen möglich ist.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Positionen** | **Betrag pro Jahr in €** | **Betrag gesamt (6 Jahre) in €** | **Begründung** |
| 1. **Personalmittel\*** |  |  |  |
| 1. Eigene Stelle: 50% Advanced Clinician Scientist Stelle   über 6 Jahre |  |  |  |
| 1. Technische Assistent:in/Study Nurse |  |  |  |
| 1. **Sachmittel/Verbrauchsmittel** |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 1. **Geräte bis 10.000 €, Software und Verbrauchsmaterial (incl. Versuchstiere)** |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 1. **Reisemittel** |  |  |  |
| 1. **Publikationsmittel** |  |  |  |
| **Summe aller Kosten\*\*** |  |  |  |

*\*die Entgelte der Tarifverträge sind mit Arbeitgeberbrutto (TV-Ärzte 20%, TV-L 30%) zugrunde zu legen  
\*\*die Summe aller Kosten darf 130.000€ pro Jahr nicht überschreiten*

1. **Genehmigungen**

|  |  |
| --- | --- |
| **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** |  |

1. **Open Science**

*Bitte nehmen Sie dazu Stellung, wie Sie Open Science-Aspekte in Zusammenhang mit Ihrem Forschungsprojekt berücksichtigen werden.*

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

**Anlagen:**

* Tabellarischer Lebenslauf inkl. Publikationsliste
* Zeugnisse in Kopie (Abiturzeugnis, Zeugnis über die ärztliche Prüfung, Approbationsurkunde, Promotionsurkunde, Facharzturkunde, ggf. Habilitationsurkunde)
* Unterstützungsschreiben der Klinikdirektor:in der aufnehmenden Klinik (inkl. Zusage der Bereitstellung einer unbefristeten 100% Klinikstelle)
* Unterstützungsschreiben Ihrer klinischen und wissenschaftlichen Mentor:innen

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