**Bestätigung der:des klinischen Mentor:in**

Name der:des klinischen Mentor:in

Forschungseinrichtung / Arbeitsgruppe

Name der:des Bewerber:in

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

Die:Der klinische Mentor:in handelt 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. 04/2022. Die „Leitlinien zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ der DFG wurden bei der Projektplanung der Bewerber:in berücksichtigt.

Im Rahmen der Förderung der Bewerber:in im Medical Scientist-Programm verpflichtet sich die:der klinische Mentor:in, eine angemessene Karriereunterstützung und individuelle Betreuung der Bewerber:in als Wissenschaftler:in zu leisten. Das Erreichen der Kompetenzziele der:des Bewerber:in soll gemäß der o.g. Leitlinien schriftlich festgelegt und deren Fortschritt fortlaufend dokumentiert werden.

* 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>

Darüber hinaus stellt die:der Mentor:in die im Folgenden genannte Ressourcen für das Projekt bereit:

<INDIVIDUELLE AUFLISTUNG der geplanten, klinisch orientierten Weiterbildung der Kollegiat:innen>

Ort, Datum Unterschrift