FoRUM Antrag – “Clinician Scientist”

Forschungsförderung an der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum

|  |  |
| --- | --- |
| **Antrag-Nr.** (wird vom FoRUM-Referat eingetragen) |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Junior**  Clinician Scientist |  | **Female**  Clinician Scientist |  | **Senior**  Clinician Scientist |

Bitte beantragtes Programm-Modul ankreuzen.

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

|  |
| --- |
| Kurzbeschreibung |
|  |

# Bitte vor Ausdruck des Antrags die grauen Textpassagen löschen

**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, derzeitige Eingruppierung.

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

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 lt. Vorlage Anlage II (s. h.)

Bescheinigung des Klinikleiters/der Klinikleiterin, s. Anlage II

**2.** **Angaben zur Klinik**

**2.1 Fachgebiet und Arbeitsrichtung der Klinik**

Kurze Beschreibung des zentralen Forschungsgebiets der Institution.

**2.2 Zahl der Mitarbeiter/-innen der Klinik**

Gesamtzahl der in Klinik und/oder Forschung Tätigen einschl. Professoren

|  |  |
| --- | --- |
| **Mitarbeiter/-innen mit wiss. Abschluss**  **(Hausmittel)**  (Gesamtzahl in Klinik und Forschung) | **Mitarbeiter/-innen mit wiss. Abschluss**  **(Drittmittel)**  (Gesamtzahl in Klinik und Forschung) |
|  |  |

**2.3 Bisherige Rotationsstellen der Klinik**Bitte für die letzten drei Jahre (2017-2019) jeweils angeben:

* Az. und Kennwort des bewilligten Antrags
* Name des Empfängers/der Empfängerin
* Status des Projektes

**2.4 Erfolge aus bisheriger FoRUM-Förderung für Rotationsstellen**Aus der intramuralen Förderung hervorgegangene extramurale Förderungen und Publikationen.

**3. Angaben zum Forschungsvorhaben**

**3.1 Thema**Entspricht der Eintragung unter Forschungsvorhaben im Formblatt –Seite 1.

**3.2 Kennwort**Aus dem Thema abgeleitete Kurzform für Schriftwechsel.

**3.3 Stand der Forschung und Vorarbeiten**

**3.4 Plan und Ziele**Ausführliche Beschreibung der geplanten, konkreten Ziele mit Zeitplan, die mit Förderung durch den Forschungspreis erreicht werden sollen.

Welches persönliche Qualifikationsziel wird angestrebt? Welche Stellensituation besteht für den Antragsteller/die Antragstellerin nach der Freistellung?

**3.5 Zusammensetzung der Arbeitsgruppe**Mitarbeiter im Forschungsprogramm mit stichwortartiger Beschreibung der Aufgabengebiete.

**3.6 Zusammenarbeit mit anderen Wissenschaftlern**

**3.7 Wissenschaftliche Betreuung**

Zusage von zwei MentorInnen für die wissenschaftliche Betreuung des Forschungsvorhabens. Bitte Mentoring-Zusage lt. Vorlage als Anlage beifügen (s. h.).

Mentoring-Zusagen, s. Anlage III

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

**4.1.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 (s. h.)

Publikationsliste, s. Anlage IV

**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. Mentoring-Zusagen
4. Publikationsliste

**Anlage I zum Antrag „Clinician Scientist“ 2020: Lebenslauf**

**Anlage II zum Antrag „Clinician Scientist“ 2020**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Junior**  Clinician Scientist |  | **Female**  Clinician Scientist |  | **Senior**  Clinician Scientist |

Bitte beantragtes Programm-Modul ankreuzen.

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

Hiermit wird bestätigt, dass o. g. Antragsteller/-in meiner Klinik/Abteilung bei Bewilligung

einer FoRUM geförderten Stelle als „Clinician Scientist“ entsprechend gewähltem Programm-Modul zur Durchführung des o. g. Forschungsprojektes von klinischen Verpflichtungen wie folgt freigestellt wird.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Umfang der Freistellung |  | % |
| Dauer der Freistellung |  | Jahre |

Bitte Eintragungen entsprechend den Ausschreibungskriterien des beantragten Programm-Moduls vornehmen.

Nach Abschluss des Forschungsjahres wird o. g. Antragsteller/-in in folgender Funktion weiterbeschäftigt:

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

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

Datum Unterschrift Stempel

**Anlage III zum Antrag „Clinician Scientist“ 2020**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Junior**  Clinician Scientist |  | **Female**  Clinician Scientist |  | **Senior**  Clinician Scientist |

Bitte beantragtes Programm-Modul ankreuzen.

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

Als Mentor/-innen für das o. g. Forschungsvorhaben fungieren:

**Mentor/-in I**

Eigener Vorschlag

Name:

Klinik / Abteilung:

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

Datum Unterschrift Stempel

**Mentor/-in II**

Eigener Vorschlag

Name:

Klinik / Abteilung:

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

Datum Unterschrift Stempel

**Anlage IV zum Antrag „Clinician Scientist“ 2020:** Name

**Publikationsliste**

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

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

**Checkliste - Antrag „Clinician Scientist“**

Bitte vor Einreichung des Antrags prüfen und unterzeichnet mit einreichen.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **JA** | **NEIN** | **Nicht**  **notwendig** |
| Antrag inkl. Anlagen elektronisch in *einem* Dokument per E-Mail |  |  |  |
| Einfache Printversion des Antrags inkl. Anlagen I – IV mit Unterschriften |  |  |  |
| Abschlussberichte vorheriger EmpfängerInnen von Rotationsstellen der  Klinik liegen vor bzw. sind beigefügt |  |  |  |
| 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) |  |  |  |
| Bei beantragtem Modul „Junior Clinician Scientist“ fristgerechte Einreichung aller Unterlagen |  |  |  |

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

Datum Unterschrift Antragsteller/-in

**Bitte senden Sie Ihre Unterlagen an:**

Dipl.-Biol. Irmgard Borg

FoRUM Forschungsreferat MA 1 / 48

Medizinische Fakultät

Ruhr-Universität Bochum

Universitätsstr. 150

44801 Bochum

Tel.: 0234 / 32 25585

Fax: 0234 / 32 14381

E-Mail: [forum@rub.de](mailto:forum@rub.de)