|  |  |
| --- | --- |
| **Søknad om klinisk forskarstipend 2020**  **ERKLÆRING OM STØTTE OG FINANSIERING** | |
| Ved søknad om klinisk forskarstipend skal denne erklæringa fyllast ut og signerast av klinikk- eller avdelingsdirektør ved søkjarinstitusjonen. Dersom søkjar sjølv er klinikk- eller avdelingsdirektør skal støtteerklæringa signerast på høgare nivå. Søknadar som ikkje har lagt ved signert støtteerklæring vil bli lagde til side.  Søkjarar til kliniske forskarstipend skal vere tilsett ved søkjarinstitusjonen på søknadstidspunktet i minimum 50 % stilling, og skal også vere tilsett i søkjarinstitusjon etter ei eventuell tildeling. Kliniske stipend som ønskjast gjennomført i 50 % stilling, skal kombinerast med den kliniske stillinga. | |
| **Søkarinstitusjon:** Vel søkjarinstitusjon | |
| Søkar: | Klikk her for å skrive inn tekst. |
| Tittel på prosjekt: | Klikk her for å skrive inn tekst. |
| **Stadfesting av eigenandel:**  Denne støtteerklæringa stadfestar at søkarinstitusjonen vil bidra med 20 % i delfinansiering av det kliniske forskarstipendet. Total kostnadsramme pr. år for stipendet er 1,15 mill. kroner, og skal dekkje løn og drift. Helse Vest RHF dekkjer 80 % av kostnaden, medan søkjarinstitusjonen skal dekkje 20 %.  Eventuell kommentar:  Klikk her for å skrive inn tekst. | |
| Namn og tittel på leiar ved søkarinstitusjon:  Klikk her for å skrive inn tekst. | |
| Dato: Klikk her for å skrive inn tekst. | |
| Signatur leiar søkarinstitusjon  Klikk her for å skrive inn tekst. | |