



## **Erklärung zur Eignung des Studienzentrums**

### **1. Titel des Projektes:**

### **2. Lokales Studienzentrum inklusive lokal verantwortlicher Studienleitung:**

### **3. Prüfplangemäße Studiendurchführung:**

Hiermit erklären wir, dass das Projekt im o. g. Studienzentrum gemäß dem geltenden Prüfplan (Studienprotokoll) durchgeführt wird.

### **4. Personelle Ressourcen:**

Hiermit erklären wir, dass in dem o. g. Studienzentrum die personellen Ressourcen für die Durchführung des Projektes vorhanden sind. Es wird bestätigt, dass das eingesetzte Personal für die prüfplangemäße Durchführung des o. g. Projektes ausreichend qualifiziert ist. Die lokal verantwortliche Studienleitung wählt das Personal aus und leitet dieses an.

### **5. Ausstattung des Studienzentrums:**

Hiermit erklären wir, dass das Studienzentrum mit den räumlichen, sachlichen und finanziellen Mitteln ausgestattet ist, die für eine prüfplangemäße Durchführung des o. g. Projektes erforderlich sind.

### **6. Gute wissenschaftliche Praxis:**

Hiermit erklären wir, dass die Leitlinien zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis eingehalten werden.

### **7. Interessenskonflikt:**

Hiermit erklären wir, dass keine finanziellen oder anderweitigen Interessenskonflikte oder Abhängigkeiten bestehen, die die Durchführung des Projektes in irgendeiner Weise beeinflussen. Alle finanziellen und materiellen Unterstützungen für die Studie wurden in den Unterlagen angegeben.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_

Unterschrift lokale Studienleitung

### **8. Zustimmung der Klinik/Institution:**

Hiermit erkläre ich, dass ich mit der Durchführung des o. g. Projektes in meiner Klinik / meiner Institution einverstanden bin und die erforderlichen personellen und sachlichen Mittel vorhanden sind.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_

Unterschrift Klinik-/Institutsleitung