

Bestätigung weibliche Führungskraft

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Personalnummer: _____

Hiermit wird bestätigt, dass die o.a. Mitarbeiterin als weibliche Führungskraft am UKM, der Med. Fakultät oder einer Tochtergesellschaft beschäftigt ist.

Sie gilt als Führungskraft auf Grund folgender Kriterien:

- Stabsstellenleiterin
- Wissenschaftlerin, die ein eigenes Drittmittelfinanziertes Projekt leitet oder nachweisbar auf dem Weg zur Habilitation ist (mind. Ein Drittel der Habilitationskriterien sind erfüllt)
- Oberärztin
- Sonstige Gründe (vom zuständigen Vorstandsmitglied zu benennen):

Datum

Unterschrift Vorstandsmitglied