1. **KİŞİSEL BİLGİLER**

*Bu bölümde belirtilen tüm iletişim bilgilerinin güncel ve ulaşılabilir olması gerekmektedir.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Adı Soyadı** |       |
| **Akademik Unvan/Pozisyon** |       |
| **Doğum Tarihi** |       |
| **Cinsiyet** |       |
| **Görev Yeri *[[1]](#footnote-1)*** |       |
| **Telefon Numarası** |       |
| **E-posta Adresi *[[2]](#footnote-2)*** |       |

1. **EĞİTİM BİLGİLERİ**

*Bu bölümde mezun olunan üniversite ve sonrasındaki eğitim bilgilerinizi yazınız.*

*Derece bölümü Uzmanlık, Doktora, Yüksek Lisans vb. şekilde belirtilmelidir.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Yıl** | **Bölüm** | **Kurum** | **Derece**  |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

1. **İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER**

*Bugüne kadar çalıştığınız kurum/kuruluşları tarih sırasına göre yazınız.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tarih Aralığı** | **Kurum** | **Görev** |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

1. **KLİNİK ARAŞTIRMALARLA İLGİLİ GENEL BİLGİLER**

*Bu bölümdeki bilgileri tarih sırasına göre yazınız.*

|  |
| --- |
| 1. **İyi Klinik Uygulamaları (İKU) ve klinik araştırma konularında alınan eğitim/sertifika bilgileri:**

*Aldığınız eğitime dair bir sertifika varsa lütfen bir kopyasını ekleyiniz.* |
| **Eğitim/sertifika adı ve eğitim yeri** | **Tarih** |
|       |       |
|       |       |

|  |
| --- |
| 1. **Görev alınan klinik araştırma bilgileri:**

*Görev olarak Sorumlu Araştırmacı, Yardımcı Araştırmacı, Koordinatör, Saha Görevlisi, İzleyici(Monitör), Eczacı vb. olarak belirtilmelidir.**Bu bölümdeki bilgileri tarih sırasına göre yazınız.* |
| **Klinik araştırma *[[3]](#footnote-3)* \*Dikkat!** | **Tarih Aralığı** | **Görev** | **Araştırmaya ait Bakanlık Kodu*[[4]](#footnote-4)* \*Dikkat!** |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

1. **ÖZGEÇMİŞ SAHİBİNİN İMZASI**

Yukarıda beyan ettiğim bilgilerin doğru ve güncel olduğunu kabul ve beyan ederim.

|  |  |
| --- | --- |
| Ad Soyadı |  |
| Tarih (gün/ay/yıl olarak) |  |
| İmza |  |

1. *Lütfen etik kurulu veya etik kurulun bağlı bulunduğu kurumu değil kişinin görev yaptığı kurum/kuruluşu belirtiniz.* [↑](#footnote-ref-1)
2. *Kurum ile etik kurul üyeleri arasından iletişim elektronik posta ile yapılmaktadır. Bu nedenle güncel, aktif olarak kullanılan e-posta adresi belirtilmelidir.*  [↑](#footnote-ref-2)
3. *3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun ek 10 uncu maddesinde Sağlık Bakanlığı izni ile yürütülecek araştırmalar belirlenmiştir. Bu bölümde sadece Bakanlık izni ile yürütülen* ***klinik araştırmaların*** *açık adı (Uluslararası çalışmalarda İngilizce ve Türkçe olarak) belirtilmelidir.* [↑](#footnote-ref-3)
4. *Bu bölümdeki bilgiler sadece Klinik Araştırmalar Etik Kurulları için zorunludur.* *Üyenin görev aldığı* ***klinik araştırmalara*** *ait Bakanlık tarafından verilen kodun (Kodlara örnek: 23-AKD-01, 202201001, 19-MSD-01, 2012-T301-126, 2019-039 vb) belirtilememesi durumunda araştırma protokol kodu bu bölümde belirtilmelidir. Belirtilen araştırmaların üye listesi ile uyumlu olmasına dikkat edilmelidir.*  [↑](#footnote-ref-4)