1. **KİŞİSEL BİLGİLER**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Adı Soyadı** | Elif ŞEN |
| **Akademik unvan/pozisyon** | Asist. Dr. |
| **Görev yeri** | Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi  |
| **Telefon numarası** | 0538 036 2000 |
| **E-posta adresi** | elif.sen@ege.edu.tr |

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**  |
| 2019 | Tıp Fakültesi  | Ankara Üniversitesi  | 3.34 |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

1. **İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tarih Aralığı** | **Kurum** | **Görev** |
| 2019-2020 | Karasu İlçe Devlet Hastanesi | Pratisyen hekim |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

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** | **Tarih Aralığı** | **Görev** |
|       |       |       |
|       |       |       |

1. **ÖZGEÇMİŞ SAHİBİNİN İMZASI**

Yukarıda beyan ettiğim bilgilerin doğru ve güncel olduğunu ve klinik araştırmaların yürütülmesine ilişkin ilgili mevzuat hükümlerine ve iyi klinik uygulamalarına uyacağımı kabul ve beyan ederim.

|  |  |
| --- | --- |
| Ad Soyadı | Elif ŞEN |
| Tarih (gün/ay/yıl olarak) | 20.03.2023 |
| İmza |  |