|  |  |
| --- | --- |
| 1. **INFORMACIÓN GENERAL DEL PROFESIONAL** | |
| **Apellidos y Nombres:**  *(Ingresar tal cual figura en el DNI)* | **D.N.I / C.E. N° :** |
| **Profesión y N° de Colegio profesional:** | **Especialidad y N° de Registro:** |
| **Dirección :**  *(Ingresar la dirección del domicilio actual de la persona que suscribe el formulario)* | **Distrito:** |
| **Provincia:** | **Departamento:** |
| **Teléfono y anexo:** | **Celular:** |
| **Correo electrónico:** | |
| **Centro de Investigación y N° de RCI:** | |
| **Rol a desempeñar en el ensayo clínico:** | **Cargo / posición actual en la Institución de Investigación:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **FORMACIÓN ACADÉMICA.** | | |
| **Nombre del centro de estudios** | **Grado / Título obtenido** | **Año de obtención del Grado / Título** |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO RELEVANTES EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA O NECESARIAS PARA LA EJECUCIÓN DEL ENSAYO CLÍNICO.**   *La capacitación en Buenas Prácticas Clínicas y Ética en Investigación en seres humanos deben estar incluidas en ésta sección. (Artículo 51°, literal d) del REC)* | | |
| **01** | **Capacitación o Entrenamiento en:** | |
| **Institución:** | **Lugar y fecha:** |
| **02** | **Capacitación o Entrenamiento en:** | |
| **Institución:** | **Lugar y fecha:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **EXPERIENCIA PROFESIONAL**    1. **EN SU ESPECIALIDAD O CAMPO PROFESIONAL, SEGÚN CORRESPONDA.**   *Listar en orden cronológico inverso, de lo más reciente a lo más antiguo* | | |
| **N° 01** | **Cargo / Posición:** | |
| **Institución - Lugar:** | **Fecha de inicio – Fecha de fin:** |
| **N° 02** | **Cargo / Posición:** | |
| **Institución - Lugar:** | **Fecha de inicio – Fecha de fin:** |
| **N° 03** | **Cargo / Posición:** | |
| **Institución - Lugar:** | **Fecha de inicio – fecha de fin:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * 1. **EN LA EJECUCIÓN DE ENSAYOS CLÍNICOS**   *Listar en orden cronológico inverso, de lo más reciente a lo más antiguo* | | |
| **N° 01** | **Título del ensayo clínico / Código del protocolo / Fase del estudio:** | |
| **Rol en el estudio** | **Fecha de inicio – Fecha de fin:** |
| **N° 02** | **Título del ensayo clínico / Código del protocolo** | |
| **Rol en el estudio** | **Fecha de inicio – Fecha de fin:** |

|  |
| --- |
| * 1. **INFORMACIÓN ADICIONAL**   *Si usted considera importante alguna información adicional, puede agregarla en esta sección.* |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **PRODUCCIÓN CIENTÍFICA RELEVANTE**   *Listar en orden cronológico inverso, de lo más reciente a lo más antiguo*  *Señalar exclusivamente las relacionadas con su especialidad o campo profesional, según corresponda.* | | | | |
| **N°** | **Título** | **Autores** | **Año** | **Publicado en** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **INFORMACIÓN RESPECTO A LA DISPONIBILIDAD DE TIEMPO PARA LA CONDUCCIÓN DEL ENSAYO CLÍNICO**   *Sección únicamente aplicable al Investigador principal* | |
| **6.1. Respecto al presente ensayo clínico** | |
| Tiempo promedio (diario/semanal) que dedicará a este estudio |  |
| Número de sujetos a ser enrolados en el centro de investigación |  |
| * 1. **Respecto a los otros ensayos clínicos activos donde figura como Investigador principal o Sub-investigador:** | |
| * Código de protocolo, fase de estudio y estado actual de ejecución en el centro de investigación * Tiempo promedio (diario/semanal) dedicado a cada uno de los ensayos clínicos * Número de sujetos enrolados y número de sujetos que faltan enrolar * Intervalo de tiempo entre las visitas del ensayo clínico * Periodo de tiempo restante a cargo del ensayo clínico * Listado de miembros del equipo de investigación con el que trabaja y su rol | |
| **6.3. Respecto a otras actividades desempeñadas:** | |
| * Si realiza actividad asistencial pública y/o privada (nombrar Instituciones y horario de trabajo.) * Si realiza actividad docente (nombrar Instituciones y horario de trabajo) * Si realiza actividad administrativa (nombrar Instituciones y horario de trabajo) | |

|  |
| --- |
| 1. **FECHA Y FIRMA DEL PROFESIONAL** |
| Realizo la presente declaración jurada manifestando que la información proporcionada es verdadera y autorizo la verificación a lo declarado en atención al “Principio de Presunción de Veracidad” del numeral 1.7 del artículo IV del Título Preliminar del Texto Único Ordenado de la Ley Nº 27444 - Ley de Procedimiento Administrativo General, aprobado con Decreto Supremo 004-2019-JUS.  En señal de conformidad firmo el presente documento.  Ciudad,……….de………..del 20…  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y Firma  D.N.I / C.E. |