|  |
| --- |
| 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. |