1. **INFORMACIÓN GENERAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellidos y Nombres:**  *(Ingresar tal cual figura en el DNI)* | **N° de Documento Nacional de Identidad:** |
| **Institución de Investigación:** | **Centro de Investigación y N° de RCI:** |
| **Rol a desempeñar en el ensayo clínico:** | **Cargo / posición actual en la Institución de Investigación:** |
| **Profesión y N° de Colegio profesional:** | **Especialidad y N° de Registro:** |
| **Dirección :**  *(Ingresar la dirección a donde se pueda dirigir cualquier documentación oficial, de preferencia la dirección de su centro de trabajo)* | **Distrito:** |
| **Provincia:** | **Departamento:** |
| **Teléfono:** | **Celular:** |
| **Correo electrónico:** | |

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 que no se solicita en los numerales 4.1 y 4.2, 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*

* 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
  1. **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** |
| Al firmar este documento, declaro que la información contenida aquí es actual, veraz y exacta.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma  APELLIDOS Y NOMBRES:  Fecha: / /  La información contenida en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada. La Oficina General de Investigación y Transferencia Tecnológica –OGITT, tomará en cuenta la información en ella consignada, reservándose el derecho de llevar a cabo las verificaciones correspondientes; así como solicitar la acreditación de la misma. En caso de detectarse que se ha omitido, ocultado o consignado información falsa, se procedería con las acciones administrativas y penales que correspondieran. |