1. **KİŞİSEL BİLGİLER**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Adı Soyadı** | Güle Çınar |
| **Akademik unvan/pozisyon** | Öğretim Görevlisi / Doktor |
| **Görev yeri** | Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği |
| **Telefon numarası** | 0 312 508 29 37 |
| **E-posta adresi** | guleaydin@ankara.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** |
| 1997-2004 | Tıp Fakültesi (Türkçe) | Hacettepe Üniversitesi | Lisans |
| 2006-2007 | Genel Cerrahi | Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi | Uzmanlık |
| 2007-2012 | Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon | Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi | Öğretim Görevlisi |
|  |  |  |  |

1. **İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tarih Aralığı** | **Kurum** | **Görev** |
| 2012-2013 | Kahramanmaraş Dr.Süreyya Adanalı Göksun Devlet Hastanesi | Uzman Doktor |
| 2013-2015 | Afyonkarahisar Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi | Uzman Doktor |
| 2015-2017 | Afyonkarahisar Devlet Hastanesi | Uzman Doktor |
| 2017-Halen | Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Anabilim Dalı | Öğretim Görevlisi |

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** |
| GCP | | | 05.04.2019 |
|  | | |  |
| 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** | |
| MEQ00063 Konjuge Meningokok Aşı Çalışması | 11.2018-devam ediyor | Yardımcı Araştırmacı | |
| Entasis Attack Trial(CS2514-2017-0004 study) | 04.2019-devam ediyor | Yardımcı Araştırmacı | |

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 | Güle Çınar |
| Tarih (gün/ay/yıl olarak) |  |
| İmza |  |