**Ministério da Saúde**
**Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ**

INSTITUTO NACIONAL DE INFECTOLOGIA EVANDRO CHAGAS

PLATAFORMA DE PESQUISA CLÍNICA

**Comprovante de Vínculo com Pesquisa**

**Nome do candidato:**

**1. Marque a opção que mais se adequa a sua realidade:**

○ Nunca tive vínculo com centros de pesquisa. ( Pule para nº 2)

○ Já estive envolvido em algum estudo clínico, mas no momento não.(Responda abaixo)

○ Estou envolvido em algum estudo clínico ou pesquisa no momento.(Responda abaixo)

**Em qual Instituição?**

**Caso seja a Fiocruz, em qual unidade?**

**Qual laboratório?**

**Qual atividade desempenha(va) no estudo?**

**Por quanto tempo desempenha(ou) esta atividade?**

**2. Já realizou algum Curso de Boas Práticas Clínicas (BPC)?** ○ Sim ○ Não

**3. Em caso afirmativo, como foi realizado o BPC?**

○ Curso presencial ○ Curso on line ○ Não se aplica

**4. Qual ano de realização do último curso de BPC**

**5. Quanto tempo de experiência em Pesquisa Clínica?** meses

**Data da assinatura do candidato**

/ /

**Assinatura do candidato**

**Nome do Superior direto:**

**Eu Superior direto do(a)candidato(a)identificado(a)acima, declaro estar ciente desta inscrição e concordo com a participação plena do candidato em todas as atividades do curso.**

**Data da assinatura do Superior** / /

**Assinatura e carimbo do Superior direto**

38113