

ÖZGEÇMİŞ FORMU

Doküman No	İlk Yayın Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Sayfa
KAD-FR-17	01.12.2019		00	1/2

A. KİŞİSEL BİLGİLER

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

Adı Soyadı	Sinem Berik Safçı
Akademik unvan/pozisyon	Doç.Dr.
Görev yeri	SBÜ Adana Tıp Fakültesi, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği
E-posta adresi	sinemberik@hotmail.com

B. 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
2003-2009	Tıp Fakültesi	Mersin Üniversitesi	Yüksek Lisans
2010-2014	Tıp Fakültesi	Düzce Üniversitesi	Doktora

C. İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER

Bugüne kadar çalıştığınız kurum/kuruluşları tarih sırasına göre yazınız.

Tarih Aralığı	Kurum	Görev
2009-2010	Sağlık Bakanlığı Balıkesir Sındırgı Sağlık Ocağı	Pratisyen Hekim
2010-2015	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	Asistan Hekim
2015-2016	Sağlık Bakanlığı Kırklareli Devlet Hastanesi	Uzman Hekim
2016-2017	Sağlık Bakanlığı Adana Numune EAH	Uzman Hekim
2017-2023	Sağlık Bakanlığı Adana Şehir EAH	Uzman Hekim
2023-	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana SUAM	Dr. Öğretim Üyesi

D. 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: <i>Aldığınız eğitime dair bir sertifika varsa lütfen bir kopyasını ekleyiniz.</i>	
Eğitim/sertifika adı ve eğitim yeri	Tarih
NIDA Clinical Trials Network/HHSN27201201000024C	09.08.2023

ÖZGEÇMİŞ FORMU

Doküman No	İlk Yayın Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Sayfa
KAD-FR-17	01.12.2019		00	2/2

2. 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

E. 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	Sinem Berik Safçı
Tarih (gün/ay/yıl olarak)	21/02/2026
İmza	