

**CURRICULUM VITAE abrégé de l’investigateur coordonnateur**

**PHRCI 2022**

|  |
| --- |
| **Identité** |
| **NOM Prénom** |       |
| **Date de naissance** |       |
| **Fonction** *(médecin, pharmacien…)* |       |
| **Statut** *(CCA, PH, salarié, libéral…)* |       |
| **Service/unité** |       |
| **Etablissement de rattachement et d’exercice si différent** |       |
| **Adresse** |       |
| **Courriel**  |       |
| **Affiliation à un organisme de recherche ou une unité labellisée ?** | **[ ] OUI** **[ ] NON**  | **Si oui, préciser lequel** *(Inserm, EA, UMR…)* **Nom et adresse de l’organisme :**      |  | Proficient | **Comments***(if any)***:**       |
| **Formation** | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| **Diplôme d’exercice**  | Préciser : *(Doctorat en médecine /pharmacie…)*      | Année de thèse :      | Lieu de thèse :       |
| N° d’inscription à l’Ordre :      | RPPS :       |
| **Autre diplôme** | Préciser :      | Année :       |
| N° d’inscription à l’Ordre si applicable :      |
| **Diplôme de Spécialité(s)**  | Préciser *(DES… ou Compétence(s) :**
*
*
 |
| **MASTER 2 ou équivalence universitaire officielle (obligatoire)[[1]](#footnote-1)** | Date d’obtention :      /     /     Ou date prévisionnelle d’obtention avant le dépôt de projet complet :      /     /     **Fournir preuve de Master 2 ou d’équivalence officielle universitaire au plus tard au dépôt du projet complet** |
| **Autres diplômes universitaires**  | Préciser *(DU, DIU, …) :**
*
*
 |
| **Autres formations en recherche** | Préciser  |  |
| **Expérience en recherche**  |
| **Expérience comme investigateur principal ou coordonnateur** *(3 dernières)* | **[ ] OUI** **[ ] NON**  | Si oui, préciser  titre du projet / indication / année/ AAP*
*
*
 |
| **Expérience comme investigateur associé** *(3 dernières)* | **[ ] OUI** **[ ] NON**  | Si oui, préciser  titre du projet / indication /année/ AAP*
*
*
 |
| **Formation aux Bonnes Pratiques Cliniques (BPC) *(Obligatoire)*** **[[2]](#footnote-2)** | **[ ] OUI**  | * Date
* Type (e-learning / présentiel) :
 |
| **[ ] NON**  | **Programmée**, préciser  * Date prévue :
* Type (e-learning / présentiel) :
 |
| **Publication 1er ou dernier auteur (obligatoire)**  | Précisez la référence PMID/ rang SIGAPS*
 |
| **Principales publications[[3]](#footnote-3)** **Merci de préciser 5 références d’articles maximum significatives au cours des 5 dernières années** |
|  **Référence 1 (PMID, année, revue, titre, auteurs)** |  |
| **Référence 2 (PMID, année, revue, titre, auteurs)** |  |
| **Référence 3 (PMID, année, revue, titre, auteurs)** |  |
| **Référence 4 (PMID, année, revue, titre, auteurs)** |  |
| **Référence 5 (PMID, année, revue, titre, auteurs)** |  |

1. Toute mention « obligatoire » non renseignée conduit au rejet de la candidature qui ne sera pas examinée en jury [↑](#footnote-ref-1)
2. La formation aux BPC est à réaliser au plus tard au dépôt du projet complet. Si elle a été réalisée, fournir l’attestation datant de moins de 3 ans, le cas contraire préciser la date de programmation. [↑](#footnote-ref-2)
3. *Principaux articles publiés et répertoriés dans des revues à comité de lecture international ou toutes autres publications significatives au cours des 5 dernières années.* [↑](#footnote-ref-3)