**T. C.**

**SAĞLIK BAKANLIĞI**

**HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ**

**BİLİMSEL ARAŞTIRMA ÇALIŞMALARI BAŞVURU FORMU**

1. **ARAŞTIRMACIYA VE ARAŞTIRMAYA AİT BİLGİLER**

**A.1 Araştırmacıya Ait Bilgiler**

A.1.1 Başvuru yapan Araştırmacının Adı Soyadı :

A.1.2 Kurum/üniversite :

A.1.3 Bölümü :

A.1.4 Araştırmacının telefonu :

A.1.5 e-mail adresi :

**A.2 Araştırmaya Ait Bilgiler**

A.2.1 Araştırmanın açık adı :

A.2.2 Araştırmada örselenebilir gruplar söz konusu mu?

Evet Açıklaması :

A.2.3 Araştırma Desteği :

Araştırma Desteği Açıklaması :

A.2.4 Araştırmanın Türü:

Belirtiniz :

A.2.4.1 Araştırma Grubu :

A2.4.2 Çok Merkezli Çalışmaya dahil olmak istiyor musunuz?

**A.2.5 Araştırılan konunun özeti**

A.2.5.1 Konu :

A.2.5.2 Amaç :

A.2.5.3 Kapsam :

A.2.5.4 Yöntem :

A.2.5.5 Kaynaklar :

Kaynaklar Ek

(Yalnızca Araştırmaya dayanak olan temel kaynakları belirtiniz.)

**A.2.6 Araştırmada Kullanılacak Veri Toplama Araç ve Yöntemleri**

A.2.6.1 Anket :

A.2.6.2 Gözlem :

A.2.6.3 Bilgisayar Ortamında Test Uygulaması :

A.2.6.4 Ölçek Geliştirme Çalışmaları :

A.2.6.5 Dosya Taraması :

A.2.6.6 Veri Kaynakları Taraması :

A.2.6.7 Sistem Model Geliştirme Çalışması :

A.2.6.8 Diğer (görüntü kaydı, ses kaydı vs. belirtiniz). :

**A.2.7 Araştırmanın süresi**

A.2.8 Araştırmada elde edilen verilerin başka bir araştırmada kullanılması planlanmakta mı?(evet ise kısaca konu ile ilgili bilgi veriniz). :

Evet Açıklaması :

A.2.9 Yerel Etik Kurula başvurunuz oldu mu?(evet ise karar) :

Evet Açıklaması :

A.2.10 Araştırmanın fayda/yararlanım alanları varsa yazınız…

Bireysel :

Kurumsal :

Toplumsal :

Diğer (bilimsel…) :

**A.3 Araştırmada yer alan Koordinatör/Sorumlu Araştırmacı/Danışman**

A.3.1 Adı Soyadı :

A.3.2 Unvanı :

A.3.3 Uzmanlık Alanı :

A.3.4 Kurumu :

A.3.5 Telefon Numarası :

A.3.6 e-mail adresi :

**Diğer Araştırmacılar/Danışmanlar**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Adı Soyadı | Unvanı | Uzmanlık Alanı | Kurumu | Telefon Numarası | E-mail Adresi |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |

1. **İLGİLİ BELGELER**

B.1 Yerel Etik Kurul Kararı Varsa :

B.2 Araştırma Desteği :

B.3 Varsa Veri Toplama Formu .

B.4 Çalışma Yapılacak İl/İller :

B.5 Çalışma Yapılması Planlana Sağlık Tesisi/Tesisleri :

**C.BAŞVURU SAHİBİ**

C.1 Başvuru sahibi adına

* Başvuruda bulunan bilgilerin doğruluğunu,
* Bilimsel araştırma verilerinin yayın hakları Sağlık Bakanlığına/Halk Sağlık Genel Müdürlüğüne ait olduğunu,
* Başvuru kabulü sonrası tüm taahhütleri imzalayacağımı, TAAHHÜT EDERİM…

**Taahhüt Edilmeyen Başvuru değerlendirilmeye alınmaz.**

Başvuru Tarihi:

Adı Soyadı

İmza