|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|    | **KONYA ŞEHİR HASTANESİ****EĞİTİM PLANLAMA KURULU TAAHHÜTNAME FORMU** |   |
| Doküman No: EY.FR.49 | Yayın Tarihi: 05.01.2021 | Revizyon Tarihi: 07.11.2022 |  Revizyon No:02 | Sayfa No:1/1 |

SBÜ Konya Şehir Hastanesi’nde ...........… başlıklı çalışmamı yürütmek için başvurmuş bulunmaktayım. Yürüttüğüm çalışma esnasında, kurumun kurallarına uyacağımı, kapsam dışı hiçbir veri toplamayacağımı, veri toplarken kurumun ve kişilerin rızasını alacağımı, araştırma öncesinde (gerekli durumlarda) etik kurul izni ve / veya İl Sağlık Müdürlüğü ya da Sağlık Bakanlığından gerekli izinleri alacağımı, kurumun izin verdiği ………. süre içerisinde araştırmamı yürüteceğimi, araştırmamın uzaması halinde kurumdan Eğitim Planlama Kurulu kanalıyla yeniden izin alacağımı, SBÜ Konya Şehir Hastanesi Eğitim Planlama Kurulu’nun uygun bulmadığı verileri yayımlamayacağımı, her 6 ayda Eğitim Planlama Kurulu’na Ara Rapor Formu’nu doldurup ileteceğimi, elde edilen verilerin sadece bu çalışmada kullanılabileceğini ve çalışma sona erdikten sonra 6 (altı) aylık süre içerisinde sonuç raporunun bir kopyasını elektronik ortamda ve doküman halinde Eğitim Planlama Kurulu’na vereceğimi, kurumumuzda gerçekleştirilen bilimsel faaliyetlerin sonucunda yayımlanan yayınlarda birinci isim afiliasyon bilgisinin yayınlanan makalede SBÜ Konya Şehir Hastanesi olarak göstereceğimi taahhüt ederim.

Araştırmacılar minimum olarak bu şartları sağlamak zorundadırlar. Bu şartlar dışında çalışma bazında olası etik ve yasal problemlerde Eğitim Planlama Kurulu daha ileri araştırma ve soruşturma hakkına sahiptir.

 Yukarıdaki şartları okudum ve kabul ediyorum.

**Bilimsel Araştırmanın Yapılacağı Birimde Sorumlu Araştırmacı**

**Eğitim Sorumlusu**  Adı ve Soyadı

**(Eğitim Sorumlusu yoksa İdari Sorumlusu)** Bölümü/Ünvanı

 (Adı ve Soyadı, İmza) Tarih/İmza/Email/Mobil Telefon

**Başhekim**