**ANEXO I**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS DEL SOLICITANTE PRIMER AÑO DOCTORADO** | |
| APELLIDOS: | NOMBRE: |
|  |  |
| NIF: | CORREO ELECTRÓNICO: |
|  |  |
| TELÉFONO: | MÓVIL: |
|  |  |
| DIRECTOR DE LA TESIS: | GRUPO AL QUE PERTENECE EL DIRECTOR: |
|  |  |
| ADSCRITO AL IBSAL:  SÍ   * ¿A QUÉ GRUPO ESTÁ ADSCRITO? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * ¿ES EMERGENTE? SÍ  NO   NO   * GRUPO AL QUE SE ADSCRIBIRÁ Y AL QUE PERTENECE EL DIRECTOR DE LA TESIS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * EMERGENTE: SÍ  NO | |

|  |
| --- |
| **DATOS DEL DOCTORADO** |
| TÍTULO DEL PROGRAMA DE DOCTORADO: |
|  |
| CURSO ACADÉMICO: |
|  |
| ESPECIFICAR OTRAS AYUDAS SOLICITADAS Y/O CONCEDIDAS PARA LA MISMA ACTIVIDAD: |
|  |

El solicitante declara conocer los términos de la convocatoria, y se compromete a cumplir con los requisitos de la misma.

En Salamanca,

Firma Solicitante Firma del director de la de la tesis Firma del jefe de grupo

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

* **Información detallada sobre el tratamiento de sus datos personales**

Se informa al interesado que sus datos personales van a ser objeto de tratamiento por parte de Fundación Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud de Castilla y León (Responsable del tratamiento), con domicilio en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega, 10ª planta. Paseo de San Vicente, 58-182. CP 37007, Salamanca, con las siguientes finalidades:

* Atención de su solicitud y participación en el programa emprendido por el IBSAL en régimen de concurrencia competitiva
* Envíos de documentación u otras comunicaciones vinculadas al programa

El tratamiento de estos datos está legitimado en el consentimiento del propio interesado. No facilitar los datos o información necesaria dará lugar a que no podamos tener en cuenta su solicitud. Tiene derecho a revocar el consentimiento sin que afecte al tratamiento basado en el consentimiento previo a su retirada.

Los datos se conservarán mientras no se solicite la supresión de los mismos hasta un máximo de 2 años o se revoque el consentimiento.

No serán cedidos a terceros sus datos salvo en aquellos casos previstos legalmente, y a las organizaciones que componen el convenio específico de colaboración entre la Consejería de Sanidad de Castilla y León y la Universidad de Salamanca firmado el 21 de marzo de 2011 y sus modificaciones posteriores.

Le corresponde al interesado responder por la veracidad y exactitud de la información de su currículum y en aquellos otros documentos requeridos.

Para ejercitar los derechos que procedan conforme a la normativa de protección de datos (acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y/o portabilidad) frente al tratamiento de sus datos personales, puede dirigirse por escrito a la dirección postal de la Fundación Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud de Castilla y León o por correo electrónico a la siguiente dirección: [protecciondedatos@ibsal.es](mailto:protecciondedatos@ibsal.es), facilitando copia de su DNI o documento identificativo equivalente. Podrá dirigirse a la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD) para presentar una reclamación cuando no considere debidamente atendida su solicitud.