**ANEXO I**

|  |
| --- |
| DATOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN |
| TÍTULO DEL PROYECTO |
|  |
| CATEGORÍA A LA QUE SE PRESENTA |
| [ ]  Profesionales de grupos clínicos-asociados[ ]  Profesionales de enfermería, fisioterapia, psicología, terapia ocupacional y trabajo social del ámbito biosanitario [ ]  Profesionales jóvenes asistenciales:[ ]  Hospital Universitario [ ]  Atención Primaria  |
| INVESTIGADOR/A PRINCIPAL |
| Nombre y Apellidos | N.I.F / N.I.E |
|  |  |
| Teléfono | E-mail a efectos de notificación |
|  |  |
| Año de nacimiento | ORCID |
|  |  |
| Centro de trabajo |
|  |

|  |
| --- |
| DATOS DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN |
| 1. INVESTIGADOR/A COLABORADOR/A |
| Nombre y Apellidos | N.I.F / N.I.E |
|  |  |
| Año de nacimiento | ORCID |
|  |  |
| Centro de trabajo |
|  |

|  |
| --- |
| DATOS DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN |
| 2. INVESTIGADOR/A COLABORADOR/A |
| Nombre y Apellidos | N.I.F / N.I.E |
|  |  |
| Año de nacimiento | ORCID |
|  |  |
| Centro de trabajo |
|  |

|  |
| --- |
| DATOS DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN |
| 3. INVESTIGADOR/A COLABORADOR/A |
| Nombre y Apellidos | N.I.F / N.I.E |
|  |  |
| Año de nacimiento | ORCID |
|  |  |
| Centro de trabajo |
|  |

|  |
| --- |
| DATOS DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN |
| 4. INVESTIGADOR/A COLABORADOR/A |
| Nombre y Apellidos | N.I.F / N.I.E |
|  |  |
| Año de nacimiento | ORCID |
|  |  |
| Centro de trabajo |
|  |

|  |
| --- |
| DATOS DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN |
| 5. INVESTIGADOR/A COLABORADOR/A |
| Nombre y Apellidos | N.I.F / N.I.E |
|  |  |
| Año de nacimiento | ORCID |
|  |  |
| Centro de trabajo |
|  |

|  |
| --- |
| DATOS DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN |
| 6. INVESTIGADOR/A COLABORADOR/A |
| Nombre y Apellidos | N.I.F / N.I.E |
|  |  |
| Año de nacimiento | ORCID |
|  |  |
| Centro de trabajo |
|  |

|  |
| --- |
| DATOS DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN |
| 7. INVESTIGADOR/A COLABORADOR/A |
| Nombre y Apellidos | N.I.F / N.I.E |
|  |  |
| Año de nacimiento | ORCID |
|  |  |
| Centro de trabajo |
|  |

|  |
| --- |
| DATOS DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN |
| 8. INVESTIGADOR/A COLABORADOR/A |
| Nombre y Apellidos | N.I.F / N.I.E |
|  |  |
| Año de nacimiento | ORCID |
|  |  |
| Centro de trabajo |
|  |

|  |
| --- |
| DATOS DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN |
| 9. INVESTIGADOR/A COLABORADOR/A |
| Nombre y Apellidos | N.I.F / N.I.E |
|  |  |
| Año de nacimiento | ORCID |
|  |  |
| Centro de trabajo |
|  |

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

 En Salamanca,

Firma Solicitante

|  |
| --- |
|  |

**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, 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.