

9. Modelo normalizado de solicitud

D./Dña _____,
Licenciado/a en _____
en la _____
y Especialización en _____
en el Hospital _____
con DNI n.º _____ - __ , con domicilio en _____
_____ C.P. _____
Población _____ y n.º de teléfono de
contacto _____ E-mail _____

EXPONE QUE deseando participar en la convocatoria de **BECAS INVESTIGACIÓN MÉDICA FMG 2019** aceptando pura e incondicionalmente las bases de la convocatoria y las resoluciones de la Comisión de selección, es por lo que,

SOLICITA la admisión de la presente solicitud de participación en la mencionada convocatoria, para lo cual acompaña la siguiente documentación:

- a) Carta dirigida al Presidente de la FUNDACIÓN.
- b) Currículum vitae del aspirante/s, en un máximo de dos folios, destacando los conocimientos y/o trabajos previos realizada en la investigación objeto de la beca solicitada.
- c) Memoria explicativa de la investigación a realizar. En dicha memoria debe constar como mínimo el tipo de investigación que se pretende realizar, centro hospitalario en el que se pretender realizar y presupuesto de gastos. **La memoria debe ir avalada por un Jefe de Servicio y apoyada por la Dirección Gerencia del Centro Hospitalario al que pertenezca.**

PRIVACIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS

El participante, en adelante Usuario, queda informado y consiente expresamente mediante la firma/aceptación del presente documento, el tratamiento de los datos suministrados voluntariamente en el mismo, así como el de todos aquellos datos que pudiera facilitar a Fundación MAPFRE Guanarteme y los que se obtengan mediante grabación de imagen, conversaciones telefónicas o como consecuencia de su navegación por las páginas web de Internet u otro medio, con motivo del desarrollo de la solicitud o participación en cualquier actividad, proyecto, evento, curso y/o la suscripción a boletines de Fundación MAPFRE Guanarteme (en adelante, Actividad), incluso una vez finalizada la relación incluidas, en su caso, las comunicaciones o las transferencias internacionales de los datos que pudieran realizarse, todo ello para las finalidades detalladas en la Información Adicional.

El Usuario consiente a su vez la grabación de las conversaciones telefónicas que se mantengan con Fundación MAPFRE Guanarteme por razón de la participación en Actividades.

En caso de que los datos facilitados se refieran a terceros personas físicas distintas del Usuario, éste garantiza haber recabado y contar con el consentimiento previo de los mismos para la comunicación de sus datos y haberles informado, con carácter previo a su inclusión en el presente documento, de las finalidades del tratamiento, comunicaciones y demás términos previstos en el mismo y en la Información Adicional de Protección de Datos.

El Usuario declara que es mayor de dieciocho años. De igual modo, en caso de que los datos que proporcione sean de menores de edad, como padre/madre o tutor del menor, autoriza expresamente el tratamiento de dichos datos incluidos, en su caso, los relativos a la salud, para la gestión de las finalidades detalladas en la Información Adicional.

El Usuario garantiza la exactitud y veracidad de los datos personales facilitados, comprometiéndose a mantenerlos debidamente actualizados y a comunicar a Fundación MAPFRE Guanarteme cualquier variación que se produzca en los mismos.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable: Fundación MAPFRE Guanarteme

Finalidades: Gestión de la Actividad y envío de información sobre Actividades de Fundación MAPFRE Guanarteme.

Legitimación: Ejecución de la Actividad.

Destinatarios: Podrán comunicarse datos a terceros y/o realizarse transferencias de datos a terceros países en los términos señalados en la Información Adicional.

Derechos: Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad, detallados en la Información Adicional de Protección de Datos.

Información Adicional: Puede consultar la Información Adicional de Protección de Datos en <https://www.fundacionmapfreguanarteme.org/guanarteme/politica-de-privacidad/usuarios.jsp>

Marque esta casilla en caso de oponerse al tratamiento y comunicación de los datos de carácter personal para finalidades diferentes a la gestión de **BECAS INVESTIGACIÓN MÉDICA FMG 2019**.

En todo caso, el consentimiento para el tratamiento de sus datos con dicha finalidad tiene carácter revocable, pudiendo retirar en cualquier momento el consentimiento prestado o ejercitar cualquiera de los derechos mencionados en la forma indicada en la Información Adicional.

En _____, a _____ de _____ de 2019.

Fdo. D. /Dña. _____

D.N.I. / N.I.F. _____ - _____