

Datos personales e información de contacto

Nombre y apellidos	_____		
NIF	_____	Fecha de nacimiento	_____
Teléfono	_____		
CorreoE	_____		

Datos profesionales

Médico F. y Com.	<input type="checkbox"/>	Pediatra de A. P.	<input type="checkbox"/>	Enfermería F. y Com.	<input type="checkbox"/>
Código CIAS actual	_____				
Centro principal de trabajo	_____				

Estudios en los que participará

Importante

Los **colaboradores temporales** son profesionales a los que se les ha pedido su participación en un estudio específico de la Red Centinela debido a que comparten Unidad Básica Funcional con algún profesional centinela. Se les dará de alta como colaboradores al inicio del estudio y de baja al final. Su participación se acreditará, como colaborador, del mismo modo en que se hace para los profesionales centinelas.

Compromiso de voluntariedad

Solicito ser **colaborador temporal** de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León, ajustándome a los protocolos de los estudios a los que he sido invitado por compartir cupo con un profesional centinela, sin perjuicio de poder solicitar la baja en cualquier momento a través de un escrito dirigido al Centro Coordinador.

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo: _____	<p><i>Le recordamos que todas las bases de datos pertenecientes a la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León están registradas en la Agencia de Protección de Datos y se ajustan a la normativa nacional y autonómica en materia de protección de datos de carácter personal.</i></p> <p>REMITIR AL SERVICIO TERRITORIAL DE SANIDAD DE SU PROVINCIA</p>
------------	---