

**ANEXO I**

| DATOS DEL PROYECTO           |   |
|------------------------------|---|
| <b>TÍTULO DEL PROYECTO</b>   |   |
|                              |   |
| <b>RESPONSABLE PRINCIPAL</b> |   |
| <b>Nombre y Apellidos</b>    | <b>N.I.F / N.I.E</b>                    |
|                              |   |
| <b>Teléfono</b>              | <b>E-mail a efectos de notificación</b> |
|                              |   |
| <b>Año de nacimiento</b>     | <b>ORCID</b>                            |
|                              |   |
| <b>Centro de trabajo</b>     |   |
|                              |   |

| DATOS DEL GRUPO DE TRABAJO          |                      |
|-------------------------------------|----------------------|
| <b>1. RESPONSABLE COLABORADOR/A</b> |                      |
| <b>Nombre y Apellidos</b>           | <b>N.I.F / N.I.E</b> |
|                                     |                      |
| <b>Año de nacimiento</b>            | <b>ORCID</b>         |
|                                     |                      |
| <b>Centro de trabajo</b>            |                      |
|                                     |                      |

|                                     |                      |
|-------------------------------------|----------------------|
| <b>2. RESPONSABLE COLABORADOR/A</b> |                      |
| <b>Nombre y Apellidos</b>           | <b>N.I.F / N.I.E</b> |
|                                     |                      |
| <b>Año de nacimiento</b>            | <b>ORCID</b>         |
|                                     |                      |
| <b>Centro de trabajo</b>            |                      |
|                                     |                      |

| 3. RESPONSABLE COLABORADOR/A |               |
|------------------------------|---------------|
| Nombre y Apellidos           | N.I.F / N.I.E |
|                              |               |
| Año de nacimiento            | ORCID         |
|                              |               |
| Centro de trabajo            |               |
|                              |               |

| 4. RESPONSABLE COLABORADOR/A |               |
|------------------------------|---------------|
| Nombre y Apellidos           | N.I.F / N.I.E |
|                              |               |
| Año de nacimiento            | ORCID         |
|                              |               |
| Centro de trabajo            |               |
|                              |               |

| 5. RESPONSABLE COLABORADOR/A |               |
|------------------------------|---------------|
| Nombre y Apellidos           | N.I.F / N.I.E |
|                              |               |
| Año de nacimiento            | ORCID         |
|                              |               |
| Centro de trabajo            |               |
|                              |               |

| 6. RESPONSABLE COLABORADOR/A |               |
|------------------------------|---------------|
| Nombre y Apellidos           | N.I.F / N.I.E |
|                              |               |
| Año de nacimiento            | ORCID         |
|                              |               |
| Centro de trabajo            |               |
|                              |               |

| 7. RESPONSABLE COLABORADOR/A |               |
|------------------------------|---------------|
| Nombre y Apellidos           | N.I.F / N.I.E |
|                              |               |
| Año de nacimiento            | ORCID         |
|                              |               |
| Centro de trabajo            |               |
|                              |               |

| 8. RESPONSABLE COLABORADOR/A |               |
|------------------------------|---------------|
| Nombre y Apellidos           | N.I.F / N.I.E |
|                              |               |
| Año de nacimiento            | ORCID         |
|                              |               |
| Centro de trabajo            |               |
|                              |               |

| 9. RESPONSABLE 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.

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](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.