

**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.