

DATOS PERSONALES DE LA ENTIDAD SOLICITANTE (Todos los campos son obligatorios)

<i>Razón Social</i>		<i>C.I.F.</i>	
<i>Domicilio social</i>		<i>Código Postal</i>	<i>Ciudad</i>
<i>Teléfono fijo</i>	<i>Teléfono móvil</i>	<i>Correo electrónico</i>	

DATOS PERSONALES DEL REPRESENTANTE O PERSONA FÍSICA QUE REALIZA LA SOLICITUD EN NOMBRE DE LA ENTIDAD SOLICITANTE si fuera distinto de aquella (Todos los campos son obligatorios)

<i>1º apellido</i>	<i>2º apellido</i>	<i>Nombre</i>		<i>Número de colegiado</i>	
<i>Dirección Postal</i>		<i>Código Postal</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Provincia</i>	<i>País</i>
<i>Teléfono fijo</i>	<i>Teléfono móvil</i>	<i>Correo electrónico</i>			

DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD QUE:

La entidad solicitante tiene previsto realizar un proyecto o actividad de Cooperación Sanitaria relacionado con acciones de cooperación internacional en países en vías de desarrollo y de economías de transición, o en colectivos nacionales en claro riesgo de exclusión social, bajo la denominación de

Documentación aportada (marque lo que corresponda):

Marcar	Documento	Verificación del funcionario	Subsanación
	Documentación acreditativa de la entidad personal o de la representación		
	Descripción de la actividad para la que se solicita la ayuda		
	Circunstancias que expliquen la viabilidad de la actividad		
	Presupuesto total de la actividad con el desglose de las diferentes partidas de gasto y previsiones de ingresos		
	Comunicación de ayudas recibidas o previstas y detalle de los gastos atribuidos a cada financiador		
	Medios personales, materiales e infraestructura con que cuenta el solicitante para realizar la actividad		
	Referencia de actividades realizadas con anterioridad, relacionadas con aquella para la que solicita la ayuda		
	Memoria de actividades del último ejercicio		
	Otra documentación adicional *		

* Otros: Especifique su naturaleza

SOLICITA una ayuda para la actividad mencionada y declara ser ciertos los datos mencionados, de cuya veracidad me hago responsable. En caso de falsedad se derivarán las responsabilidades previstas en la normativa vigente.

Murcia a, de de 2026

(Firma del/la interesado/a)

Sr. Presidente del Colegio Oficial de Médicos de la Región de Murcia

Si es posible, escriba a máquina o con letra mayúscula. Se presentará copia compulsada u original y copia para cotejo de los documentos indicados.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DE LOS PROPONENTES Y CANDIDATOS A LOS PREMIOS SOS 2025 DEL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE LA REGIÓN DE MURCIA

En _____, a ___ de _____ de 2026

El Colegio Oficial de Médicos de la Región de Murcia, con domicilio social en Avda. Juan Carlos I, 3 de Murcia, es el **Responsable del tratamiento** de los datos personales de los proponentes y candidatos a los Premios SOS 2025 y les informa de que estos datos se tratarán de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril (GDPR), y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre (LOPDGDD), por lo que se le facilita la siguiente información del tratamiento:

- **Fines y legitimación del tratamiento:** cumplimiento de los fines del Colegio previstos en sus Estatutos (BORM 22 noviembre 2019), mantener una relación con los solicitantes, envío de comunicaciones y documentación de interés relativas a la gestión de los Premios SOS COMMurcia.
- **Criterios de conservación de los datos:** se conservarán durante no más tiempo del necesario para mantener el fin del tratamiento o mientras existan prescripciones legales que dictamen su custodia y cuando ya no sea necesario para ello, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la anonimización de los datos o la destrucción total de los mismos.
- **Comunicación de los datos:** no se comunicarán los datos a terceros, salvo obligación legal.
- **Derechos que asisten al Interesado:**
 - Derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento.
 - Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y de limitación u oposición a su tratamiento.
 - Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (www.aepd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.
- **Datos de contacto para ejercer sus derechos:** El responsable del tratamiento es el Colegio Oficial de Médicos de la Región de Murcia con domicilio en Avda. Juan Carlos I, 3 de Murcia CP 30008; E-mail: dpd@commurcia.es

El/la Interesado/a consiente el tratamiento de los datos facilitados para la propuesta de candidatos a los Premios SOS COMMurcia 2026 en los términos expuestos.

Firma del interesado/a