SOLICITUD DE AYUDAS PARA BOLSAS DE VIAJE COMO FOMENTO DE LA INVESTIGACIÓN/DOCTORADO PARA ACTIVIDADES REALIZADAS EN 2023

DATOS PERSONALES (Todos los campos son obligatorios)					
1º apellido	*2º apellido*	*Nombre*		*Número de colegiado*	
Dirección Postal		*Código Postal*	*Ciudad*	*Provincia*	*País*
Teléfono fijo	*Teléfono móvil*	*Correo electrónico*			

DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD QUE:

Es Médico Interno Residente de …… año de la especialidad: ……

Se encuentra realizándola en el centro sanitario: ……

Se encuentra matriculado en el programa de doctorado: ……

De la universidad:……, siendo su tutor:……

Ha realizado un estancia de investigación en el centro: ……

……de la Universidad de: ……

en la localidad…… País……

siendo su tutor en el centro receptor……

Documentación aportada (marque lo que corresponda):

Marcar	Documento	Verificación del funcionario Identificación del documento	Subsanación
	Certificado de estudios		
	Contrato de MIR, contrato de trabajo o nombramiento		
	Justificante de matrícula en Doctorado o Programa Oficial de Postgrado		
	Carta de aceptación del Centro a visitar		
	Currículum Vitae		
	Documentación justificativa del gasto realizado		
	*		
	*		

* Otros: Especifique su naturaleza

SOLICITA una ayuda de fomento de investigación/doctorado y declara ser ciertos los datos curriculares mencionados, de cuya veracidad me hago responsable. En caso de falsedad se derivarán las responsabilidades previstas en la normativa vigente.

Murcia a, ……de …… de 2024

(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 SOLICITANTES DE AYUDAS PARA BOLSAS DE VIAJE COMO FOMENTO DE LA INVESTIGACIÓN/DOCTORADO PARA ACTIVIDADES REALIZADAS EN 2023

En _____, a ____ de _____ de 202__

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 solicitantes de ayudas para bolsas de viaje como fomento de la investigación/doctorado para actividades realizadas en 2023 y le 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 la ayuda solicitada.

- **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 dictaminen 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 solicitud de ayudas para bolsas de viaje como fomento de la investigación/doctorado para actividades realizadas en 2023 en los términos expuestos.

Firma del interesado/a