

SOLICITUD DE BECAS PARA LA PARTICIPACIÓN DE MÉDICOS JÓVENES EN EVENTOS CIENTÍFICOS CELEBRADOS EN 2024

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:

Ha presentado comunicación oral en el Congreso:

Organizado por:....., celebrado en la localidad en fecha

Con el título:

Cuyos autores son (indicar nombre, apellidos, categoría profesional y centro sanitario al que pertenecen):

.....

.....

.....

Documentación aportada (marque lo que corresponda):

Marcar	Documento	Verificación del Colegio Identificación del documento	Subsanación
<input type="checkbox"/>	Contrato de MIR, contrato de trabajo o nombramiento		
<input type="checkbox"/>	Documento acreditativo de la defensa de la comunicación		
<input type="checkbox"/>	Resumen de la comunicación		
<input type="checkbox"/>	Currículum Vitae		
<input type="checkbox"/>	Carta de motivación del solicitante para la asistencia al congreso		
<input type="checkbox"/>	*		

* Otros: Especifique su naturaleza

SOLICITA una beca para la participación de MIR en eventos científicos 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 2025
(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 BECAS PARA LA PARTICIPACIÓN DE MÉDICOS JÓVENES EN EVENTOS CIENTÍFICOS CELEBRADOS EN 2024

En _____, a ____ de _____ de 2025

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 becas para la participación de médicos jóvenes en eventos científicos celebrados en 2024 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 beca 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 becas para la participación de médicos jóvenes en eventos científicos celebrados en 2024 en los términos expuestos.

Firma del interesado/a

Firma del interesado/a
