**FORMULARIO DE SOLICITUD DE AYUDAS**

PROGRAMA DOCENTE *CIBERINFEC*

AYUDAS DE FORMACIÓN Y MOVILIDAD

**DATOS GENERALES DEL CANDIDATO: [[1]](#endnote-1)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre y Apellidos:** |  |
| **D.N.I./N.I.F./N.I.E:** |  |
| **Puesto actual:** |  |
| **Titulación académica:** |  |
| **Año titulación:** |  |
| **Año nacimiento:** |  |
| **E-mail:** |  |
| **Teléfono:**  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Programa** CIBERINFEC prioritario  |  |
| **Grupo CIBERINFEC (completar)** | **CB21/13/** |
| **CENTRO** (según consta en CIBERINFEC) |  |
| **IP Grupo CIBERINFEC** |  |
| ¿El/la solicitante declara que es investigador/a de pleno derecho *CIBERINFEC*, personal contratado o adscrito/a a *CIBERINFEC* y que se encontrará **e**n activo en *CIBERINFEC* en el momento de la solicitud y hasta la finalización de la actividad para la que se solicita la ayuda? Responda SI/NO |  |

**AYUDA SOLICITADA (IMPORTANTE:**

**ESTANCIAS DE CORTA DURACIÓN (ENTRE 1 y 6 MESES)**

|  |
| --- |
| **Identificación del Centro o Equipo de destino:** |
|  |
| **Institución Académica:** |
|  |
| **Responsable:** |
|  |
| **Breve descripción de la actividad a desarrollar:** |
|  |
| **Fecha de inicio y duración:** |
| **Indique si dispone de otros fondos para financiar esta estancia. En su caso, indique el programa que subvenciona la estancia.** |
| **Si dispone de otra ayuda, indique si la misma financia el desplazamiento al centro de destino** |
| **Indique si solicita financiación para la estancia y desplazamiento o solo la estancia. Le recordamos que CIBERINFEC no financiará el desplazamiento si tiene otra ayuda que lo financie.** Estancia solo Estancia y desplazamiento  |

**Inscripción o matrícula en cursos o actividades formativas**

|  |
| --- |
| **Identificación del Curso:** |
|  |
| **Institución Académica:** |
|  |
| **Breve descripción del contenido:** |
|  |
| **Fechas inicio y finalización:** |
|  |

BOLSA DE VIAJE **para la asistencia a cursos o actividades formativas**

|  |
| --- |
| **Identificación del Curso o Actividad formativa:** |
|  |
| **Institución Académica:** |
|  |
| **Breve descripción del contenido:** |
|  |
| **Fechas previstas del viaje:** |
|  |

**RAZONES QUE JUSTIFICAN LA SOLICITUD**

|  |
| --- |
|  |

Este formulario completado deberá enviarse por correo electrónico a **formacion@ciberinfec.es** (documentos firmados) para dar comienzo a la evaluación de la solicitud.

.

En\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_

FIRMADO:

El solicitante

1. De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos, el afectado acepta que sus datos personales incluidos en el presente formulario de solicitud, así como los solicitados para optar a las becas o ayudas, además de los que puedan ser facilitados en el futuro, sean recogidos y tratados por el Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Infecciosas (en adelante *CIBERINFEC*). La recogida y tratamiento de los datos personales tiene como finalidad la gestión y desarrollo de personal en los procesos de asignación de becas o ayudas por parte de *CIBERINFEC*.

El afectado podrá ejercitar los derechos reconocidos en la Ley y, en particular, los de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndose por correo electrónico en la dirección anteriormente indicada, identificándose convenientemente.

Si pasados 30 días desde el envío de esta notificación no nos manifiesta su oposición, se considerará que otorga a *CIBERINFEC* el consentimiento para proceder al tratamiento de sus datos con la finalidad indicada anteriormente. Para manifestar su oposición utilice el mismo procedimiento que el ofrecido para ejercitar los derechos de rectificación, cancelación y oposición. [↑](#endnote-ref-1)