**Programa VALENTÍN FUSTER**

## Formulario Solicitud

## Datos Personales

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NIF/NIE / Pasaporte | Nacionalidad: | Fecha de nacimiento (dd/mm/aa) |
|       |       |       |
| Nombre | Apellido 1 | Apellido 2 |
|       |       |       |
| Domicilio | Número | Piso |
|       |       |       |
| Código Postal | Población | Provincia |
|       |       |       |
| Teléfono 1 | Teléfono 2 | E-mail |
|       |       |      @      |

## Datos sobre Especialidad Médica

|  |
| --- |
| Centro/Hospital en el que ha realizado la especialidad |
|       |
| Especialidad |
|       |
| Fecha de inicio y fin (Especialidad) |
|       |
| Otros centros en los que ha trabajado durante el periodo de Especialidad |
|       |

## Datos sobre Doctorado

|  |
| --- |
| Centro de realización |
|       |
| Título Proyecto Tesis Doctoral |
|       |
| Fecha de inicio y fin (Doctorado) |
|       |
| Director/Directores Tesis |
|       |

**FIRMA DEL CANDIDATO:**

**FECHA:**

*De conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento (UE) 2016/679 relativo a la protección de los datos personales de las personas físicas, se informa que los datos personales recabados con ocasión de la presente convocatoria se incorporarán a un Fichero Automatizado inscrito en la Agencia Española de Protección de Datos bajo la titularidad de Fundación para la Investigación Biomédica Hospital universitario 12 de Octubre, con la finalidad de gestionar su inscripción y participación en la presente convocatoria. Usted podrá ejercer los derechos de oposición al tratamiento descrito, así como a los derechos de acceso, rectificación y cancelación de la información suministrada a la Fundación para la Investigación Biomédica Hospital Universitario 12 de Octubre, dirigiéndose a la siguiente dirección: Hospital Universitario 12 de Octubre, Av. de Córdoba s/n Centro de Actividades Ambulatorias 6ª planta – Bloque D, 28041-MADRID.*