**FORMULARIO DE SOLICITUD**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **TITULO DE PROYECTO** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | |  | | | | |
| 1. **DATOS DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL** | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre y apellidos:** | | |  | | | | | | | **NIF:** | |  | |
| **Teléfono móvil:** | | |  | | | **Correo electrónico:** | |  | | | | | |
| **Centro de trabajo:** | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: | | | |  | | | | | | | | | |
| Servicio: | | | |  | | | | | | | | | |
| Unidad (si aplica): | | | |  | | | | | | | | | |
| Teléfono: | | | |  | | | | | | | | | |
| Dirección: | | | |  | | | | | | | | | |
| Localidad: | | | |  | | | | | | C. P: | | |  |
| Provincia: | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | |
| 1. **ENTIDAD GESTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN** | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: | | | |  | | | | | | | | | |
| Organismo del que depende: | | | |  | | | | | | | | | |
| Teléfono: | | | |  | | | | | | | | | |
| Correo electrónico: | | | |  | | | | | | | | | |
| Dirección: | | | |  | | | | | | | | | |
| Localidad: | | | |  | | | | | | C. P: | | |  |
| Provincia: | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | |
| 1. **CENTRO DE TRABAJO DONDE SE REALIZARÁ EL PROYECTO (marcar con una “X”)** | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | |  | |  | | |
|  | El mismo centro que el del investigador principal | | | | | | | |  | |  | | |
|  | Otro (completar datos a continuación): | | | | | | | |  | |  | | |
|  | |  | | | | | | |  | |  | | |
| Nombre: | | | |  | | | | | | | | | |
| Servicio: | | | |  | | | | | | | | | |
| Unidad (si aplica): | | | |  | | | | | | | | | |
| Teléfono: | | | |  | | | | | | | | | |
| Correo electrónico | | | |  | | | | | | | | | |
| Dirección: | | | |  | | | | | | | | | |
| Localidad: | | | |  | | | | | | C. P: | | |  |
| Provincia: | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | |
| 1. **NOMBRE DE LOS INVESTIGADORES ASOCIADOS** | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre completo: | | | | | Centro de trabajo: | | | | | | | | |
|  | | | | | El mismo del lP  Otro (indicar): | | | | | | | | |
|  | | | | | El mismo del lP  Otro (indicar): | | | | | | | | |
|  | | | | | El mismo del lP  Otro (indicar): | | | | | | | | |
|  | | | | | El mismo del lP  Otro (indicar): | | | | | | | | |
|  | | | | | El mismo del lP  Otro (indicar): | | | | | | | | |
|  | | | | | El mismo del lP  Otro (indicar): | | | | | | | | |
|  | | | | | El mismo del lP  Otro (indicar): | | | | | | | | |
|  | | | | | El mismo del lP  Otro (indicar): | | | | | | | | |
|  | | | | | El mismo del lP  Otro (indicar): | | | | | | | | |
|  | | | | | El mismo del lP  Otro (indicar): | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | |  | |  | | |
| **FECHA, FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DEL CENTRO DONDE SE REALIZARÁ EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN** | | | | | | | **FECHA Y FIRMA**  **DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL**  **(con mi firma acepto las bases de la convocatoria y presento la documentación para la misma)** | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |

*Mediante la cumplimentación del presente formulario y de acuerdo con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (RGPD) consiento que mis datos sean tratados bajo la responsabilidad de GRUPO DE TRATAMIENTO DE TUMORES DIGESTIVOS (GRUPO TTD) con la exclusiva finalidad de poder cursar su solicitud de ayudas. Asimismo, y si usted consiente de forma expresa, se le podrá enviar información, incluso por medios electrónicos, sobre cuestiones relativas a las actividades que guarden relación con los proyectos de investigación y ayudas promovidos/organizados por el Responsable. Los datos personales se conservarán mientras exista un interés mutuo para mantener el fin del tratamiento y cuando ya no sea necesario para tal fin, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la seudonimización de los datos o la destrucción total de los mismos. Sus datos podrán ser comunicados a terceros para fines relacionados con la correcta gestión de los congresos responsabilidad de GRUPO TTD. En otros supuestos, no se comunicarán datos salvo obligación legal. Me doy por informado que tengo derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento y a ejercer los de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de mis datos y los de limitación y oposición al tratamiento dirigiéndome a Calle Téllez, 30 1 Posterior 28007 Madrid (MADRID). También estoy informado de que puedo reclamar ante la autoridad de control a www. agpd.es. Datos de contacto del DPO:* [*dpo@ttdgroup.org*](mailto:dpo@ttdgroup.org)

*Doy mi consentimiento para que GRUPO TTD pueda enviar información, incluso por medios electrónicos, relativas a las actividades que guarden relación con los proyectos de investigación y ayudas promovidos/organizados por el Responsable.*