

ANEXO A - CENTROS

SOLICITUD DE BECA-COLABORACIÓN PARA LA FORMACIÓN EN TÉCNICAS DE PLANIFICACIÓN, APLICACIÓN Y ANÁLISIS DE ENCUESTAS PARA LA FACULTAD DE MEDICINA DE ALBACETE

APELLIDOS Y NOMBRE _____

D.N.I. _____ DOMICILIO _____

LOCALIDAD Y PROVINCIA _____

C.P.: _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

TELÉFONOS DE CONTACTO _____

SOLICITA, le sea concedida la beca-colaboración citada, a cuyos efectos expone:

1. Que se encuentra matriculado en el curso 2025/26 en el centro para el que solicita la beca de la UCLM.
2. Que no disfruta de otra beca concedida por la Universidad de Castilla-La Mancha.
3. Que no ha disfrutado en cursos anteriores de becas-colaboración de la UCLM que en su conjunto hayan supuesto una duración igual o superior a 22 meses.
4. Que durante el tiempo en que disfrutará de esta beca-colaboración no mantiene relación laboral o administrativa con alguna entidad pública o privada.
5. Que, por el hecho de solicitar la beca referida, se atiene estrictamente a lo dispuesto en la convocatoria de la misma, reconociendo expresamente que la concesión de la beca no generará ningún tipo de relación laboral con la Universidad de Castilla-La Mancha, y comprometiéndose, en el caso de serle concedida, a suscribir la oportuna declaración al respecto.

De acuerdo con lo dispuesto en la normativa vigente en materia de protección de datos personales, le informamos que el responsable del tratamiento de sus datos personales recogidos a través de este formulario es la Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM), cuya dirección postal es calle Altagracia nº 50, 13071-Ciudad Real y teléfono 926295300. Así mismo, le informamos que al rellenar este formulario y enviarlo da su consentimiento a la UCLM para tratar sus datos personales con el único fin de gestionar su participación en esta convocatoria de becas de colaboración. Sus datos no serán cedidos o comunicados a terceros, salvo obligación legal.

Le comunicamos que puede consultar sus datos personales almacenados en ficheros de la UCLM a través del sitio web www.uclm.es, así como ejercitar los derechos de acceso, rectificación y supresión, así como los demás derechos recogidos en la normativa de protección de datos personales, mediante solicitud por escrito dirigida al delegado de protección de datos de la UCLM a la dirección postal arriba indicada o en el correo electrónico proteccion.datos@uclm.es, acompañando la petición de un documento que acredite su identidad. También tiene derecho a presentar una reclamación ante la autoridad de control española (www.aepd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la legislación vigente.

Puede obtener más información sobre el tratamiento de sus datos personales y descargar el Código de Conducta de Protección de Datos Personales en la Universidad de Castilla-La Mancha en www.uclm.es/psi.

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma de la persona solicitante.

Documentación que acompaña:

1. Curriculum Vitae
2. Fotocopia del DNI
3. _____

Sra. Decana de la **Facultad de Medicina** del campus de **Albacete**