

Convocatoria de Becas a la Formación MIR del Colegio de Médicos de Araba/Álava

FORMULARIO DE SOLICITUD

Nombre

Apellidos.....

Número de colegiado/a:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Correo electrónico:

Destino rotación:

Confirmando que he sido informado/a de la obligatoriedad de asistencia al acto de entrega de las becas para poder acceder a ellas

Documentación que aporta:

- Memoria explicativa, de una extensión máxima de 600 palabras, de la actividad para la que se solicita la beca.
- Declaración jurada de no poseer financiación, pública o privada, que permita asumir previamente a esta solicitud la totalidad del importe de la actividad de formación.
- Documento acreditativo original de la realización de la rotación.
- Facturas justificativas originales de los gastos subvencionables.

En Vitoria-Gasteiz, a de de 20.....

Firmado:

Los datos personales facilitados y cualesquiera otros generados durante el desarrollo de la relación con Ud. serán tratados por el ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ARABA/ÁLAVA para mantener el contacto y la comunicación y gestionar y administrar las relaciones con los colegiados, en este caso la solicitud de becas, y captar y difundir la imagen en fotografías y/o videos de los ganadores de las becas. Dicho tratamiento se basa en la relación derivada de la condición de colegiado, y en nuestro interés legítimo. Más info sobre ese interés legítimo en la política de privacidad de la página web www.icoma.eus

Se comunicarán datos a terceros. No se realizan transferencias internacionales de datos. Puede, cuando proceda, acceder, rectificar, suprimir, oponerse, pedir la portabilidad de los datos, limitar el tratamiento, y no ser objeto de decisiones sólo automatizadas, como se detalla en la información adicional y completa que puede ver en la política de privacidad de la página web www.icoma.eus