**CONVOCATORIA RAMON LLULL 2024**

**Anexo 2: Formulario de inscripción**

|  |  |
| --- | --- |
| Solicitante | |
| Nombre completo |  |
| NIF / NIE / Pasaporte |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Proyecto / Grupo de investigación | |
| Título del proyecto |  |
| Código del proyecto |  |
| Grupo IdISBa adscrito |  |
| Nombre IP del grupo |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Modalidad de intensificación de la actividad investigadora | | |
|  | *a)* | De personal facultativo especialista en el ámbito de Atención Primaria. |
|  | *b)* | De personal facultativo especialista en el ámbito de la Atención Hospitalaria y de la Fundación Banco de Sangre y Tejidos de las Illes Balears. |
|  | *c)* | En el ámbito de la enfermería y fisioterapia. |

Declaro:

* Que son ciertos y completos todos los datos de esta solicitud, así como los de la documentación adjunta.
* Que se me ha informado sobre el sistema de tratamiento de mis datos y sobre mis derechos, de acuerdo con el Reglamento General UE 679/2016 de Protección de Datos (RGPD) y con la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.
* Que no se incurre en ninguna incompatibilidad de acuerdo con las bases.
* Que existe una aceptación incondicional a las normas de esta convocatoria, además del firme compromiso de ejecutar el proyecto en los términos propuestos en caso de resultar financiado.

Firma de la persona solicitante:

Palma, \_\_ de \_\_ de 2024