**CONVOCATÒRIA RAMON LLULL 2024**

**Annex 2: Formulari d'inscripció**

|  |  |
| --- | --- |
| Sol·licitant | |
| Nom sencer |  |
| NIF / NIE / Passaport |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Projecte / Grup d'investigació | |
| Títol del projecte |  |
| Codi del projecte |  |
| Grup IdISBa adscrit |  |
| Nom IP del grup |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Modalitat d'intensificació de l'activitat investigadora | | |
|  | *a)* | De personal facultatiu especialista a l'àmbit d'Atenció Primària. |
|  | *b)* | De personal facultatiu especialista a l'àmbit de l'Atenció Hospitalària i de la Fundació Banc de Sang i Teixits de les Illes Balears. |
|  | *c)* | A l'àmbit de la infermeria i fisioteràpia. |

Declar:

* Que són certes i completes totes les dades d'aquesta sol·licitud, així com les dades de la documentació adjunta.
* Que se m'ha informat sobre el sistema de tractament de les meves dades i sobre els meus drets, d'acord amb el Reglament general UE 679/2016 de protecció de dades (RGPD) i amb la Llei orgànica 3/2018, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals.
* Que no s'incorre en camp incompatibilitat d'acord amb les bases.
* Que existeix una acceptació incondicional a les normes d'aquesta convocatòria, a més del ferm compromís d'executar el projecte en els termes proposats en cas de resultar finançat.

Signatura de la persona sol·licitant:

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