SOLICITUD DE ADSCRIPCIÓN

DATOS DEL SOLICITANTE (INVESTIGADOR RESPONSABLE DEL GRUPO)
NOMBRE Y APELLIDOS:
DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN (DNI; CIF; Pasaporte, otros):
CENTRO TRABAJO:
CARGO:
DIRECCIÓN A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN:
TELÉFONO:
CORREO ELECTRÓNICO:

DATOS DEL GRUPO
NOMBRE DEL GRUPO:
DESCRIPCIÓN (máx. 100 palabras):
LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN (máx. 200 palabras):
CENTRO DE ORIGEN:

INTEGRANTES DEL GRUPO (Insertar las líneas que sean necesarias) Mínimo 5 miembros	
NOMBRE Y APELLIDOS:	CENTRO:

ÁREA CIENTÍFICA A LA QUE SE VINCULA (Señale: Preferente = 1, Otra = 2)	
ONCOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA	
INMUNOLOGÍA Y FARMACOLOGÍA	
ENDOCRINOLOGÍA, NUTRICIÓN, ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y GASTROINTESTINALES	
PATOLOGÍA DE GRANDES SISTEMAS, NEUROCIENCIAS Y SALUD MENTAL	
ATENCIÓN PRIMARIA. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y SALUD COMUNITARIA	
ENFOQUE INTEGRAL DE “UNA SOLA SALUD”	
BIOTECNOLOGÍA, BIOMATERIALES E INTELIGENCIA ARTIFICIAL	
MEDICINA PERSONALIZADA Y TERAPIAS AVANZADAS	

TIPO DE GRUPO QUE SOLICITA (Señale solo 1 de ellos)	
GRUPO DE INVESTIGACIÓN CONSOLIDADO	
GRUPO DE INVESTIGACIÓN EMERGENTE	
GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA	
GRUPO ASOCIADO	

DESCRIPCIÓN DE MÉRITOS (en los últimos 5 años)	
¿Ha participado en al menos dos proyectos nacionales o internacionales o es autor dos patentes en explotación o dispone de al menos dos autorías en guías de prestigio en los últimos 5 años? Indique cuáles.	
¿Se compromete a que el grupo permanezca en su entidad y mantenga sus objetivos de investigación a lo largo de los próximos 3 años?	
Indique el N.º de publicaciones indexadas y cuántas de ellas son Q1 o Q2 y Factor de Impacto Acumulado	
Indique: • N.º de direcciones de trabajo de Fin Grado y Fin de Máster dirigidos que han sido defendidos. • N.º de direcciones de tesis doctorales defendidas. • Tutorías de Formación Sanitaria Especializada Acreditada.	
¿Colabora con algún grupo de investigación consolidado o emergente? Indique de qué manera y muestre evidencias (por ejemplo, listar artículos donde se haya colaborado con algún investigador de estos grupos)	

El abajo firmante, en representación del grupo de investigación, manifiesta:

1. **Su interés por adscribirse al Instituto de Investigación Biosanitaria de León.**
2. Que los investigadores han sido informados y aceptan que se incorporen y publiquen sus datos personales en el Portal de Salud de la Junta de Castilla y León.
3. Que los investigadores han sido informados y aceptan que se incorporen y publiquen sus datos personales en informes, memorias y estadísticas sobre la investigación e innovación desarrollada en los centros del Sistema de Salud de Castilla y León, o la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León.

En León, a de del 20

Firmado:

De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (RGPD), le informamos que los datos personales , incluida su dirección de correo electrónico, serán tratados bajo la responsabilidad de IBIOLEÓN para el mantenimiento de la relación establecida y para estar en contacto con usted y se conservarán mientras se mantenga dicha relación y posteriormente durante los plazos establecidos legalmente. Los datos no serán comunicados a terceros, salvo obligación legal. Le informamos que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y los de limitación y oposición a su tratamiento dirigiéndose al responsable en la siguiente dirección Calle Altos de Nava s/n 2071. León. o enviando un mensaje al correo electrónico correo electrónico , adjuntando en ambos casos copia de documento que acredite su identidad. Si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente, podrá presentar una reclamación ante la autoridad de control en www.agpd.es.