1. **Título del Caso Clínico**

|  |
| --- |
|  |

1. **Datos del Candidato**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y Apellidos: |  |
| N.I.F.: |  |
| Teléfono del centro de trabajo: |  |
| Teléfono móvil: |  |
| e-mail:  |  |
| Localidad: |  |
| Provincia: |  |
| C.P.: |  |

1. **Datos del Tutor que autoriza la presentación del Caso Clínico**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y Apellidos: |  |
| e-mail: |  |
| Teléfono: |  |

1. **Centro donde se esté realizando la Residencia**

|  |
| --- |
|  |

1. **Centro donde se realizará la rotación:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |  |
| Ciudad/País: |  |
| Periodo: |  |

NOTA: Solicitamos su autorización para poder enviarle desde la Fundación Merck Salud, información de carácter científico o del ámbito referido a la salud, que realicemos a través de los correos electrónicos.

Marque con una “x”

SI 

NO 

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del tutor | Firma del candidato |
|  |  |

*En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, le informamos que los datos personales que nos facilite mediante el presente formulario, quedarán incorporados y serán tratados en un fichero propiedad de FUNDACIÓN MERCK SALUD, con la exclusiva finalidad de poder cursar su solicitud de formalización de contrato con la FUNDACIÓN MERCK SALUD, así como para mantenerle informado, incluso por medios electrónicos, sobre cuestiones relativas a las actividades de FUNDACIÓN MERCK SALUD. En aquellos casos en que usted facilite a FUNDACIÓN MERCK SALUD datos de terceras personas, se compromete de forma expresa a obtener el consentimiento de las mismas, antes de comunicar sus datos a FUNDACIÓN MERCK SALUD mediante el presente formulario. Asimismo, le informamos sobre la posibilidad que tiene de ejercer, en cualquier momento, sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos de carácter personal mediante escrito dirigido a FUNDACIÓN MERCK SALUD, Calle María de Molina, 40, CP 28006, Madrid, acompañando fotocopia de su D.N.I.*