|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE SERVICIOS**  |
|  |
| **ÁREA DE INVESTIGACIÓN**  |  | **FECHA** |  |
| **NOMBRE Y APELLIDOS**  |  | **DNI** |  |
| **IP/RESPONSABLE DE PROYECTO** |  |
| **TELÉFONO**  |  | **EMAIL** |  |
|  |  |  |  |
| **TÍTULO DEL PROYECTO** |  | **CÓDIGO** |  |
| **OBJETIVOS DEL PROYECTO** |
|  |
| **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO. INCLUIR UNA DEFINICIÓN DE LOS DATOS DISPONIBLES Y RESULTADOS ESPERADOS. ES IMPRESCINDIBLE ANEXAR LA SOLICITUD DEL PROYECTO.** |
|  |
| **PRESUPUESTO Y PLAZO DE ENTREGA ESTIMADOS** |
|  |
|  |
| **SOLICITADO** | **REVISADO** | **APROBADO** |
| EL INTERESADO | IP/RESPONSABLE DE PROYECTO | ANALISTA |
| Los datos consignados en el presente modelo tendrán la protección de datos derivada de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. Le informamos de que los datos personales que usted nos facilite quedarán incorporados y serán tratados en los ficheros de titularidad de la Fundación Investigación Clínico de Valencia – Instituto de Investigación Sanitaria INCLIVA. Asimismo, le informamos de la posibilidad de ejercer en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos de carácter personal mediante un escrito a la Fundación Investigación Clínico de Valencia – Instituto de Investigación Sanitaria INCLIVA, Avda. Menéndez y Pelayo, 4 acc , 46010 Valencia. |