|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | | | | | |