# 

# **ANEXO VII. RENUNCIA A LA AYUDA CONCEDIDA**

***DATOS DEL/LA SOLICITANTE:***

APELLIDOS: ................................................................................... NOMBRE: ....................................

D.N.I.: ......................................... FECHA DE NACIMIENTO: Día .......... Mes .......... Año ...........

DOMICILIO FAMILIAR: ............................................................................................ C.P.: ..................

LOCALIDAD: ...........................PROVINCIA: .......................... TFNO/Móvil:.....................................

El/La solicitante RENUNCIA con efectos de \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_ a la beca que le fue concedida por resolución de \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_ de la Convocatoria de becas de colaboración para la iniciación a la investigación para estudiantes de Máster de Biomedicina Experimental y del programa de Doctorado en Ciencias de la Salud de la UCLM. Instituto de Biomedicina (IB) de la Universidad de Castilla la Mancha. Año 2023 (BDNS ) de fecha \_\_ de mayo de 2024.

Lo que firma en …………………….a ….. de ……………………. de 202\_.

(Firma del/la solicitante)

De acuerdo con lo dispuesto en la legislación sobre protección de datos de carácter personal, le informamos que el responsable del tratamiento de sus datos personales recogidos a través de este formulario es la Universidad de Castilla‐La Mancha (UCLM), cuya dirección postal es calle Altagracia nº 50, 13071-Ciudad Real. Así mismo, le informamos que al rellenar este formulario y enviarlo da su consentimiento a la UCLM para tratar sus datos personales con la única finalidad de gestionar su participación en esta convocatoria. Sus datos no serán cedidos o comunicados a terceros, salvo obligación legal.

Le comunicamos que puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y limitación al tratamiento, así como los demás derechos recogidos en la normativa de protección de datos personales, dirigiendo un escrito al Delegado de Protección de Datos de la UCLM, a la dirección postal arriba indicada o al correo electrónico: [proteccion.datos@uclm.es](mailto:proteccion.datos@uclm.es), acompañando una copia del DNI o documento equivalente que acredite su identidad. También tiene derecho a presentar una reclamación ante la autoridad de control española ([www.aepd.es](http://www.aepd.es)) si considera que el tratamiento no se ajusta a la legislación vigente.

Puede obtener más información sobre el tratamiento de sus datos personales y descargar el Código de Conducta de Protección de Datos Personales en la Universidad de Castilla‐La Mancha en [www.uclm.es/psi](http://www.uclm.es/psi).

### DIRECTOR/A DEL INSTITUTO DE BIOMEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CASTILLA-LA MANCHA