**ANEXO IV.** **DATOS SOBRE EL/LA SUPERVISOR/A DE LA BECA**

|  |
| --- |
| Apellidos y nombre: |
| Vinculación UCLM/Categoría profesional: |
| Centro: |
| Departamento, Centro o Instituto de Investigación: |
| Teléfono: | Correo electrónico: |
| Nº de Becarios/as de Investigación: |
| Nº Tesis dirigidas y defendidas (2021-2024): |
| Fecha de efecto del último Sexenio: |
| Nº Proyectos en activo, título y referencia: |

Firma del/la supervisor/a

Fdo.:

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, 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