II EDICIÓN DE LA BECA DE “INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL”

MEMORIA

***Este documento deberá ser cumplimentado con letra Calibri, de tamaño 11, en formato justificado y con interlineado sencillo.***

1. **TÍTULO DEL PROYECTO** (*debe ser breve, claro y que refleje el contenido del estudio.*

|  |
| --- |
|  |

1. **PALABRAS CLAVE** (*máximo 5 palabras*).

|  |
| --- |
|  |

1. **RESUMEN** (*secuencia con los aspectos esenciales del proyecto. Máximo 850 caracteres*).

|  |
| --- |
|  |

1. **DEFINICIÓN Y JUSTIFICACIÓN** (*explicación argumentada de las razones que motivan la realización del proyecto, buscando responder a las preguntas “¿por qué?” o “¿para qué?”*).

|  |
| --- |
|  |

1. **ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA A TRATAR** (*síntesis conceptual del proyecto y estado actual del mismo*).

|  |
| --- |
|  |

1. **GRUPO, COLECTIVO O POBLACIÓN AL QUE VA DIRIGIDA LA INVESTIGACIÓN.**

|  |
| --- |
|  |

1. **OBJETIVOS** (*generales y específicos*).

|  |
| --- |
|  |

1. **METODOLOGÍA** (*detalle de la planificación del proyecto, gestión previa, diseño, herramientas a utilizar).*

|  |
| --- |
|  |

1. **BIBLIOGRAFÍA** *(Máximo 20 referencias estilo Vancouver)*.

|  |
| --- |
|  |

1. **PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA**.

|  |
| --- |
|  |

1. **MEDIOS DISPONIBLES PARA LA REALIZACIÓN DEL PROYECTO**.

|  |
| --- |
|  |

1. **ANEXOS**.

|  |
| --- |
|  |

**PROTECCIÓN DE DATOS**

De conformidad con la legislación vigente en materia de protección de datos personales, ponemos en su conocimiento que los datos personales de carácter profesional facilitados por usted a través del formulario de solicitud de participación en la **II Edición de la Beca de “Investigación en Salud Mental”**, así como en la documentación adjunta, serán tratados por la **FUNDACIÓN INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN ENFERMERA (Fundación IE), NIF G-82249517**, en su condición de responsable de tratamiento, con la finalidad de gestionar su solicitud para participar en el Certamen y poder optar a la Beca, con base de legitimación en el cumplimiento de las obligaciones contractuales establecidas en las bases legales. En caso de resultar ganador, sus datos serán cedidos a BOEHRINGER INGELHEIM ESPAÑA S.A. (patrocinador del Certamen), con la finalidad de que conozcan la identidad de los profesionales sanitarios que van a recibir una Transferencia de Valor en virtud de lo acordado en el Convenio con la Fundación IE y al objeto de dar cumplimiento con las obligaciones legales en el art.18 del Código de Buenas Prácticas de la Industria Farmacéutica.

Los datos únicamente serán accesibles a prestadores de servicios auxiliares externos con acceso a datos vinculados contractualmente con la **Fundación IE** como Encargados de Tratamiento, tales como prestadores de servicios IT, asesorías y otros similares; y no serán cedidos a terceros excepto a órganos de la Administración Pública cuando sea legalmente preceptivo.

El tratamiento de los datos personales facilitados se llevará a cabo adoptando las medidas técnicas y organizativas necesarias para evitar la pérdida, uso indebido, alteración y acceso no autorizado a los mismos, habida cuenta del estado de la tecnología, la naturaleza de los datos y el análisis de riesgos efectuado. Los datos serán conservados durante el concurso y hasta la prescripción de posibles responsabilidades legales derivadas del mismo.

Para ejercer sus derechos como interesado en materia de protección de datos personales (acceso, rectificación, cancelación, oposición, supresión, limitación, portabilidad y no sometimiento a decisiones automatizadas) podrá dirigirse al responsable del tratamiento, mediante petición escrita a:

**Fundación Instituto Español de Investigación Enfermera**

C/ Calle de la Sierra de Pajarero, 13 - 28023 Madrid (España)

E-mail: arcopo@ieinstituto.com

También puede ponerse en contacto con el **DPO** a través de correo electrónico a dpo@ieinstituto.com

En caso de que el interesado considere que los anteriores derechos no han sido atendidos conforme a la legalidad vigente, podrá presentar la correspondiente reclamación de tutela de derechos ante la Agencia Española de Protección de Datos.

***Es indispensable firmar esta Memoria en todos los apartados habilitados para tal fin.***

|  |
| --- |
| Firma |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y Apellidos |  |
| DNI |  |
| Fecha |  |

***Insertar aquí la firma electrónica***