

**DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (IP-TP)**

Documento	Número	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vía	Dirección		CP	Provincia
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Municipio	País	Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**NOMBRE DEL PROYECTO****DATOS ACADÉMICOS DEL/LA SOLICITANTE**

Área de conocimiento	
<input type="text"/>	
Palabras clave del Área de especialización (máximo 6)	
<input type="text"/>	
Titulación (Grado/Licenciado)	
<input type="text"/>	
Año de egreso	Universidad de egreso de la titulación
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Titulación de Doctorado (Rama o Área de especialización)	
<input type="text"/>	
Año de egreso	Universidad de egreso del título de Doctor/a
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otra titulación de Posgrado	
<input type="text"/>	
Año de egreso	Universidad de egreso del título de Posgrado
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**DATOS DE LA PERSONA AVALISTA DE LA ULL (IP-ULL-TT)**

Correo electrónico	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Departamento			
<input type="text"/>			
Área de conocimiento			
<input type="text"/>			
Palabras clave del Área de especialización del IP (máximo 6)			
<input type="text"/>			
Titulación de Doctorado (Rama o Área de especialización)			
<input type="text"/>			
Año de egreso	Universidad de egreso del título de Posgrado		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Grupo de Investigación de la ULL o Instituto Universitario al que pertenece, en su caso			
<input type="text"/>			

**DATOS DE LA EMPRESA VINCULADA**

Documento	Número	Nombre de la empresa			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Área de especialización de la empresa					
<input type="text"/>					
Dirección				CP	Provincia
<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>
Municipio	País	Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

**DECLARACIÓN RESPONSABLE**

El/la solicitante declara bajo su responsabilidad:

1. Que conoce las bases de la convocatoria y acepta los requisitos y condiciones previstas en la misma.
2. Que se responsabiliza de la veracidad de los datos que figuran en esta solicitud y de los de la documentación que se adjunta a la misma
3. Que autoriza el tratamiento de datos personales de manera automatizada y cederlos a los órganos de instrucción, evaluación, resolución, seguimiento y control competentes, dar publicidad a la contrataciones y cederlos a otras Administraciones Públicas en cumplimiento de la normativa, laboral, de seguridad social y tributaria y a cualquier entidad obligada por Ley, en su caso, para su tratamiento posterior con fines históricos, estadísticos o científicos.