

Convocatoria de ayudas 2026-2027 para prácticas clínicas en George Washington University

FORMULARIO DE SOLICITUD

DATOS PERSONALES	
Nombre y apellidos:	
Documento de identidad (<i>DNI, pasaporte, NIE, ...</i>)	
Nº documento de identidad:	
Curso:	
Nivel de inglés (B2, C1, C2):	

INFORMACIÓN DE LAS PRÁCTICAS	
Fechas de realización (<i>indicar el orden de preferencia 1º, 2º</i>):	Orden de preferencia:
Julio 2027:	
Agosto 2027:	
Rotación (<i>indicar el orden de preferencia 1º, 2º, 3º, ...</i>):	Orden de preferencia:
Especialidad médica- especificar rotación: _____	
Especialidad quirúrgica- especificar rotación: _____	
Pediatría:	
Urología:	
Oftalmología:	

Radiología:		
Urgencias:		
Anestesiología:		
Neurociencias clínicas:		
Solicito convalidación por una de las rotaciones de 6º:	SI	
	NO	

PROTECCIÓN DE DATOS. Información básica.

- Responsable: Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Oficina de Prácticas de la Facultad de Medicina.
 - Finalidad: Gestionar la Convocatoria de Ayudas para Prácticas Clínicas en George Washington University.
 - Legitimación: Consentimiento del interesado y Cumplimiento de una misión realizada en interés público (art. 6.1.a) y e) del Reglamento General de Protección de Datos.
 - Destinatarios: Oficina de Prácticas de la Facultad de Medicina de la UAM y George Washington University. Están previstas transferencias internacionales de datos a terceros países no adecuados en nivel de protección de datos personales de acuerdo con el Reglamento (EU)2016/679, General de Protección de Datos.
- Los interesados podrán ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, de limitación y oposición a su tratamiento, así como a no ser objeto de decisiones basadas únicamente en el tratamiento automatizado de sus datos, cuando procedan, ante la UAM, dirigiéndose a practicas.medicina@uam.es La información detallada sobre protección de datos y política de privacidad de la UAM puede consultarse en <https://www.uam.es/uam/politica-privacidad>

- ☐ He leído, entiendo y consiento la política de privacidad y la transferencia internacional de mis datos personales para los fines de la Convocatoria de Ayudas para Prácticas Clínicas en George Washington University (haz clic en el círculo para marcar).
- ☐ Autorizo el tratamiento de mis datos para el envío posterior de información institucional de la Oficina de Prácticas Externas de la Facultad de Medicina (opcional).
- ☐ Autorizo el tratamiento de mis datos para participar a través de la Oficina de Prácticas Externas de la Facultad de Medicina como orientador de futuros estudiantes del Programa y a mantener confidencialidad respecto a los datos facilitados para ejercer dicha labor de orientación (opcional).

DECLARACIÓN DE VERACIDAD

- ☐ DECLARO RESPONSABLEMENTE, la veracidad de la información consignada y que los documentos presentados que se acompañan a la presente solicitud son copia fiel del original (haz clic en el círculo para marcar).

Fecha y firma del/la estudiante
(preferiblemente firma electrónica)