Facultad de Medicina
Universidad Zaragoza

Convocatoria de una BECA de APOYO para tareas de comunicación en la Facultad de Medicina

Resolución de 22 de junio de 2026

Curso académico 2026-2027

IMPRESO DE SOLICITUD

DATOS PERSONALES del solicitante

Apellidos: _____ Nombre: _____ DNI: _____

Dirección a efectos de notificaciones: _____ Nº: ____ Piso: _____ Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

Correo electrónico *: _____ Teléfono: _____

[*] Se utilizará esta dirección para cualquier comunicación que sea necesario realizar al solicitante

ESTUDIOS en que está matriculado en 2026-2027:

Centro: _____ Estudios: _____ Curso: _____

En el caso de ser TITULADO por la Universidad de Zaragoza, indíquese:

Título: _____ Curso académico de finalización estudios: _____

¿HA SIDO BECARIO DE APOYO EN LA UZ CON ANTERIORIDAD?

- ○ **NO**
- ○ **SI** => Indicar nombre de la beca, año y nº de meses como becario _____

Si solicitó beca para el curso 2025-2026, indique el organismo convocante:

○ Ministerio de Educación ○ Gob. Vasco ○ UZ

DOCUMENTOS que aporta con la solicitud:

O Autorización para que la Universidad de Zaragoza pueda recabar datos tributarios
O Fotocopia del DNI/NIE de todos los miembros de la unidad familiar mayores de 14 años
O En su caso, justificantes de los ingresos percibidos y no declarados fiscalmente
O *Curriculum Vitae*
O Proyecto de ideas

El solicitante DECLARA bajo su RESPONSABILIDAD:

- Que acepta las bases de la presente convocatoria y que de aceptar la beca, no incurriría en ningún tipo de incompatibilidad.
- Que autoriza al órgano convocante para verificar de oficio en la vicegerencia académica de la Universidad de Zaragoza, los datos de carácter académico y económico necesarios para la valoración del expediente de solicitud de beca.
- Que todos los datos incorporados a la presente solicitud se ajustan a la realidad y que, de resultar probado mediante la oportuna investigación que no son ciertas las circunstancias declaradas, podrá incurrir en responsabilidad de falsedad u ocultación.
- Que se encuentra en condiciones de poder llevar a cabo las tareas de apoyo en la franja/periodo del día que se indica en la convocatoria
- Que de ser seleccionado, mantendrá su condición de estudiante en grado o máster universitario durante todo el periodo la beca y, en su caso, de la prórroga

Zaragoza, a __ de _____ de 20___

(firma)

Conforme a lo dispuesto en la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal (Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril), los datos personales indicados por los solicitantes en el Formulario de Solicitud pasarán a ser tratados, como **responsable**, por la **Universidad de Zaragoza** con la finalidad de tramitar la gestión académica y administrativa de sus estudiantes, así como su participación en actividades y servicios universitarios. Los solicitantes pueden ejercitar sus **derechos de acceso, rectificación, limitación, oposición o portabilidad** ante el **Gerente de la Universidad de Zaragoza** (Edificio Paraninfo 1.ª planta, Plaza de Basilio Paraíso nº 4, 50005-Zaragoza) señalando concretamente la causa de su solicitud y acompañando copia de su documento acreditativo de identidad. La solicitud podrá hacerse mediante escrito en formato papel o por medios electrónicos. En caso de no haber obtenido satisfacción en el ejercicio de sus derechos, puede dirigirse a la Delegada de Protección de Datos de la Universidad (dpd@unizar.es Tfno. 876 55 30 13) o en reclamación a la Agencia Española de Protección de Datos a través de los formularios que esa entidad tiene habilitados al efecto y que son accesibles desde su página web: https://sedeagpd.gob.es

Puede consultarse toda la información al respecto en: http://academico.unizar.es/sites/academico.unizar.es/files/archivos/vgacad/pdatos.pdf
La Universidad de Zaragoza cuenta con una página en la que incluye legislación, información y modelos a la que puede acceder desde el siguiente enlace: https://protecciondatos.unizar.es/

DIRIGIDO A: SRA. DECANA DE LA FACULTAD DE MEDICINA