|  |
| --- |
| **SOLICITUD AYUDA RED EMBAJADORES CIENCIA ABIERTA** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre:** |  |
| **DNI:** |  |
| **E-Mail:** |  |
| **Vinculación profesional con UGR** |  |
| **Evento al que desea asistir** | [Reunión de la Red Arqus de Embajadores de Ciencia Abierta] |
| **Lugar y fechas de la actividad** |  |
| **Declaro ser miembro de la Red Arqus de Embajadores de Ciencia Abierta**: SI/NO |
| **Consentimiento para el procesamiento de sus datos personales (solo si no forma parte de ningún WP de Arqus RI)** |
| Doy mi consentimiento para que mis datos personales (nombre, apellido, contacto, imagen y voz) sean utilizados para:- gestión y coordinación de la actividad y de las que se deriven de ella.- que la coordinación y los responsables del WP5 de Arqus RI transmitan mis datos de contacto a las personas interesadas en ser asesoradas en relación con la práctica de la Ciencia Abierta.- actividades de comunicación y difusión en la web y en redes sociales, así como rendición de cuentas a la entidad financiadora (Comisión Europea).

|  |
| --- |
|  |

ESTOY DE ACUERDO |