**ANEXO II. COMPROMISO DE CONTRATACIÓN DE LA ENTIDAD BENEFICIARIA.**

**AYUDAS PARA LA CONTRATACIÓN DE DOCTORES PARA EL AÑO 2022**

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA ENTIDAD BENEFICIARIA** |
|  |  |
| **Denominación de la entidad beneficiaria:** |  |  |
| **NIF de la entidad beneficiaria:**  |  |  |
| **Representante legal de la entidad:**  |
|  NIF[ ]  | NIE[ ]  | Número de documento |       |  |
|  |
| Nombre: |       | 1º Apellido:  |       | 2º Apellido: |       |  |
|  |
| Domicilio:  |       |  |
|  |
| Provincia: |       |  | C.P.: |       |  | Población: |       |  |
|  |
| Teléfono: |       |  | Teléfono móvil: |       |  | Correo electrónico: |       |  |
| **El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación y en su caso de pago.** |

**Notificación electrónica** (El solicitante está obligado a la comunicación por medios electrónicos. La notificación electrónica se

realizará en la Plataforma <https://notifica.jccm.es/notifica>. Compruebe que está usted registrado y que sus datos son correctos).

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS:** |
| Responsable | Dirección General de Universidades, Investigación e Innovación. |
| Finalidad  | Gestión de las convocatorias de ayudas y subvenciones. |
| Legitimación | 6.1.c) Cumplimiento de una obligación legal del Reglamento General de Protección de Datos; 6.1.e) Misión en interés público o ejercicio de poderes públicos del Reglamento General de Protección de Datos.Datos de categoría especial: 9.2.g) el tratamiento es necesario por razones de un interés público esencial del Reglamento General de Protección de Datos.Ley 14/2011, de 1 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación. Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones. Decreto Legislativo 1/2002, de 19 de noviembre de 2002, por el que se  aprueba el Texto Refundido de la Ley de Hacienda de Castilla-La Mancha. |
| Origen de los datos | El Propio Interesado o su Representante Legal, Administraciones Públicas |
| Categoría de los datos | NIF/DNI, nombre y apellidos, dirección, teléfono, firma, firma electrónica, correo electrónico. Otros datos tipificados: Características personales, Académicos y profesionales; Detalles del empleo; Económicos, financieros y de seguros. Grado de discapacidad |
| Destinatarios | Existe cesión de datos. |
| Derechos | Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional. |
| Información adicional | Disponible en la dirección electrónica: https://rat.castillalamancha.es/info/1052 |

|  |
| --- |
| **DATOS RELATIVOS A LA INVESTIGACIÓN** |
| **Actividad a desarrollar en la entidad beneficiaria** (denominación y descripción de la misma):**Importancia de la contratación para el desarrollo de la actividad en la entidad:****Denominación del puesto de trabajo:****Tipo de contrato:** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
|  | **DATOS BANCARIOS DE LA ENTIDAD BENEFICIARIA** |
|  | Nombre de la entidad bancaria\* | Dirección\* |  |
|  |  |  |  |
|  | Nombre completo del titular de la cuenta\* |  |
|  |  |  |
|  | Nº de cuenta IBAN\* |  |
|  | País | C.C. | Entidad | Sucursal | D.C. | Cuenta |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| E S |    |      |      |    |       |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |

|  |
| --- |
| El abajo firmante, en nombre de la entidad beneficiaria indicada, da el visto bueno a la solicitud y se compromete a la contratación, según los términos señalados en este documento, para:  |
|  NIF[ ]  | NIE[ ]  | Número de documento: |       |
|  |
| Nombre: |       | 1º Apellido:  |       | 2º Apellido: |       |

 |
|  |

En      , a       de       de 20

Firma representante legal (DNI electrónico o certificado válido):