



BECAS DE COOPERACIÓN DEL COLEGIO PROFESIONAL DE FISIOTERAPEUTAS DE MADRID

COMISIÓN DE VOLUNTARIADO Y COOPERACION INTERNACIONAL

Nombre:

Fecha de nacimiento: /..... /.....

Nº Colegiado:

Formación (Universitaria, especializaciones):

Idiomas (nivel hablado y escrito):

Situación laboral actual (empleado, autónomo, lugar y puesto de trabajo...):

Experiencia laboral:

Experiencia en Proyectos de Cooperación:

Proyectos en los que va a colaborar y función dentro del mismo:

Se ruega anexionar a la hoja de datos:

- Formulario cumplimentado del Proyecto en el que se va a participar (expuesto en el Boletín Digital o en la Secretaría del CPFM).
- Carta de motivaciones para colaborar en este Proyecto de Cooperación.
- Certificación por parte de la Organización con la que se colabora de:
 - o Ser un Proyecto de Cooperación en Fisioterapia.
 - o No estar percibiendo remuneración económica por el desarrollo del mismo.
- Ingresos económicos laborales anuales aproximados.

NOTA:

- El Beneficiario de la Beca precisará para su reembolso hacer entrega de la factura del Billete y Seguro Médico, a nombre del Colegio Profesional de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid.

-En el caso que, por causa de fuerza mayor, la Beca no pueda ser utilizada por el beneficiario en el año en curso, pasará a ser otorgada al siguiente candidato en orden de puntuación.

“En cumplimiento de lo dispuesto en la normativa vigente en materia de Protección de Datos (en concreto el Reglamento General de Protección de Datos), el Colegio Profesional de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid, le informa que los datos personales contenidos en el presente formulario de solicitud serán tratados con la finalidad de gestión administrativa de su solicitud de beca de cooperación. La base que legitima el tratamiento de sus datos personales es su consentimiento al cumplimentar el presente formulario. Sus datos serán conservados mientras mantenga la relación con nosotros y en todo caso durante los plazos establecidos por la legislación. El Colegio cuenta con Delegado de Protección de Datos, con el que podrá ponerse en contacto para solicitar más información en la siguiente dirección: delegadoprotecciondatoscpfcm@cfisiomad.org

Ud. puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, portabilidad y limitación del tratamiento de sus datos dirigiéndose a Colegio Profesional de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid, C/ José Picón nº 9, 28028, Madrid o a cpfm@cfisiomad.org, acompañando copia de su DNI acreditando debidamente su identidad. En cualquier situación, Ud. tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD).”

FORMULARIO DEL PROYECTO

1. Datos de la ENTIDAD Y LA CONTRAPARTE

NOMBRE

TIPO de Entidad		CIF	
RESPONSABLE PROYECTO		CARGO	
TELÉFONO		MAIL	

PROYECTOS REALIZADOS por la ENTIDAD	
<ul style="list-style-type: none"> Años de experiencia en ejecución de proyectos 	

<ul style="list-style-type: none"> Listado de proyectos realizados en los últimos tres años 					
Título del Proyecto	País	Sector	Año de ejecución	Importe total	Entidad/es Cofinanciadora/s

Nº PERSONAS que COMPONEN LA ENTIDAD	
<ul style="list-style-type: none"> Personal Remunerado 	
<ul style="list-style-type: none"> Personal Voluntario 	

¿EXISTE ALGUN ACUERDO REDACTADO ENTRE LA ENTIDAD Y LA CONTRAPARTE?

2. Datos del PROYECTO

TITULO del PROYECTO	
SECTOR	
PAÍS / ZONAS intervención	
DURACIÓN	
NÚMERO de BENEFICIARIOS	

SECTOR de POBLACIÓN	
COLECTIVO BENEFICIARIO	
RESUMEN DEL PROYECTO	

OTRAS INSTITUCIONES LOCALES/INTERNACIONALES QUE COLABORAN EN EL PROYECTO

JUSTIFICACIÓN / ANTECEDENTES
OBJETIVO GENERAL
OBJETIVO ESPECIFICO
RESULTADOS ESPERADOS
ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES													
PRINCIPALES ACTIVIDADES ASOCIADAS A LOS RESULTADOS	PERÍODO DE EJECUCIÓN												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
RESULTADO 1													
Actividad 1													
Actividad 2													
Actividad 3													
RESULTADO 2													
Actividad 4													
Actividad 5													
ACTIVIDADES TRANSVERSALES													

METODOLOGÍA de INTERVENCIÓN**ESQUEMA del PRESUPUESTO**

Coste Total del Proyecto	
Solicitado	
Aportación Local	

FUENTES DE FINANCIACIÓN DEL PROYECTO**ANÁLISIS DE VIABILIDAD****PERSPECTIVAS DE SOSTENIBILIDAD****OBSERVACIONES U OTRAS CONSIDERACIONES ESPECIALES**

“En cumplimiento de lo dispuesto en la normativa vigente en materia de Protección de Datos (en concreto el Reglamento General de Protección de Datos), el Colegio Profesional de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid, le informa que los datos personales contenidos en el presente formulario de solicitud serán tratados con la finalidad de gestión administrativa de su solicitud de beca de cooperación. La base que legitima el tratamiento de sus datos personales es su consentimiento al cumplimentar el presente formulario. Sus datos serán conservados mientras mantenga la relación con nosotros y en todo caso durante los plazos establecidos por la legislación. El Colegio cuenta con Delegado de Protección de Datos, con el que podrá ponerse en contacto para solicitar más información en la siguiente dirección: delegadoprotecciondatoscpfcm@cfisiomad.org”

Ud. puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, portabilidad y limitación del tratamiento de sus datos dirigiéndose a Colegio Profesional de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid, C/ José Picón nº 9, 28028, Madrid o a cpfm@cfisiomad.org, acompañando copia de su DNI acreditando debidamente su identidad. En cualquier situación, Ud. tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD).”