**Aplicación de Acceso los Data Sets**

**Me gustaría solicitar acceso a los siguientes Data Sets:**

Nombre Data Set names/IDs

COVIDDSL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**I - Información de contacto y proyecto (que debe presentar el solicitante)**

**A. Nombre del Solicitante (Investigador Principal) incluyendo afiliación y contacto.**

Por favor, asegúrese de que una dirección postal completa y una dirección institucional válida correo electrónico están incluidos.

Nombre:

Título:

Posición:

Afiliación:

Dirección de correo electrónico institucional:

Dirección postal:

Tipo de documento de identificación: Pasaporte / Licencia de Conducir / DNI / Nr. Seg. Social/ Otros(1)

Número de identificación:

ID emitido por: Especificar país

ID Fecha de emisión:

Fecha de vencimiento del ID:

**B. Nombre del representante institucional autorizado, incluyendo afiliación y datos de contacto.** Por favor, asegúrese de que una dirección postal completa y una dirección institucional válida correo electrónico están incluidos.

Nombre:

Título:

Posición:

Afiliación:

Dirección de correo electrónico institucional:

Dirección postal:

Tipo de documento de identificación: Pasaporte / Licencia de Conducir / DNI / Nr. Seg. Social/ Otros(1)

Número de identificación:

ID emitido por: Especificar país

ID Fecha de emisión:

Fecha de vencimiento del ID:

**C. Nombre de personal autorizado (dentro de la Institución**\***)**

Incluir los nombres de todos los investigadores, colaboradores y personal de investigación que tendrán acceso a los datos para trabajar en el proyecto (véase Proyecto de Investigación en E). Por favor, asegúrese de que haya una dirección de correo electrónico institucional válida para cada nombre.

Nombre: (copiar y pegar según sea necesario para el personal adicional)

Título:

Posición:

Afiliación:

Dirección de correo electrónico institucional:

Dirección postal:

Tipo de documento de identificación: Pasaporte / Licencia de Conducir / DNI / Nr. Seg. Social/ Otros(1)

Número de identificación:

ID emitido por: Especificar país

ID Fecha de emisión:

Fecha de vencimiento del ID:

\**Co-investigadores o colaboradores de otros instituciones deben presentar una Solicitud separada para el acceso a los datos.*

**D. Nombre de personal autorizado (dentro de la Institución**\***)**

Incluya los nombres de todos los estudiantes que tener acceso a los datos para trabajar en proyecto (véase Proyecto de Investigación en E). Asegúrese de que una dirección de correo electrónico válida para cada nombre está incluida.

Nombre: (copiar y pegar según sea necesario para estudiantes adicionales)

Título:

Posición:

Afiliación:

Dirección de correo electrónico institucional:

Dirección postal:

Tipo de documento de identificación: Pasaporte / Licencia de Conducir / DNI / Nr. Seg. Social/ Otros(1)

Número de identificación:

ID emitido por: Especificar país

ID Fecha de emisión:

Fecha de vencimiento del ID:

\* *Los estudiantes de otras instituciones no deben incluidas en esta lista.*

**E. Título del Proyecto (dentro del cual se utilizarán los datos)**

Por favor, proporcione la dirección del sitio web del proyecto también, si está disponible

**F. Historial de investigación**

Incluya una lista de hasta 3 publicaciones de las que usted era un autor o coautor.

**G. Proyecto de Investigación (abstracto científico)**

Por favor, proporcione una descripción clara del proyecto y sus objetivos específicos, incluyendo una

explicación del papel de los datos a los que se accede son utilizados jugar en la respuesta a la pregunta de investigación, en no más de 500 palabras.

**H. Aspectos legales y regulatorios**

- El solicitante no puede comenzar el estudio sin la aprobación previa del comité de ética, y cualquier otra autorización legalmente requerida.

- El proyecto no infringirá ninguna patente, derecho de autor, marca registrada u otros derechos de propiedad intelectual o industrial.

- Los datos proporcionados por HM Hospitales se utilizarán estrictamente para el propósito de investigación.

- Está expresamente prohibido reutilizar los datos parcial o totalmente para uso comercial o no comercial.

El solicitante asume los siguientes compromisos:

- Respetar los derechos de propiedad intelectual y los derechos morales de los investigadores.

- Identificar la fuente de los datos correctamente: HM Hospitales

- Informar a HM Hospitales de los resultados del proyecto.

- Publicar los resultados de la investigación.

- Preservar la confidencialidad de los datos.

- Proteger correctamente toda la documentación proporcionada.

- Eliminar la información una vez que el proyecto haya finalizado

- El cumplimiento de la normativa sobre protección de datos personales aplicable de conformidad con el Reglamento Europeo de Protección de Datos 2016/679, de 27 de abril de 2016.

- HM Hospitales puede hacer público el nombre de las instituciones que solicitan datos.

Nota (1): Los campos en gris se refieren a documentos de identidad oficiales y son obligatorios para realizar la verificación de identidad de los solicitantes por parte de los proveedores del servicio.

Fuente: [SANGER Data Access Agreement](https://www.sanger.ac.uk/legal/DAA/MasterController).

|  |  |
| --- | --- |
| INSTITUCIÓNREPRESENTANTE LEGAL Firma: Fecha  | INVESTIGADOR PRINCIPAL Firma:Fecha  |

**De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (GDPR), los datos de quienes se suscriban y firmen el presente formulario y / o investigaciones con acceso a los datos contenidos en la base de datos de Covid Save Lives, serán procesados ​​por las partes con el único propósito de gestionar su desarrollo y cumplir con las obligaciones legales derivadas de los mismos. Estos datos se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con las responsabilidades legales correspondientes. Las partes, los firmantes y los investigadores son informados de la posibilidad de ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y portabilidad de los datos y los de limitación u oposición a su procesamiento en los términos previstos en las normas de protección de datos, previa acreditación de sus identidad, dirigiéndose a HM HOSPITALES 1989, SA, y si consideran que el procesamiento de datos personales no cumple con la legislación vigente, también tienen derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de Supervisión en www.aepd.es. DPO: dpo@hmhospitales.com.**