

## **PROGRAMA DE APOYO AL EMPRENDIMIENTO TECNOLÓGICO E INNOVADOR 2018-2020 (SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN)**

Este programa está financiado por la Junta de Castilla y León a través del el Instituto para la Competitividad Empresarial de Castilla y León y es totalmente gratuito para los participantes en el mismo.

Nombre de la empresa / emprendedor:

NIF / DNI:

Dirección:

Municipio:

CP:

Provincia:

Teléfono:

Correo electrónico:

Representante de la **empresa** (nombre y cargo):

Año de constitución:

DNI:

Números de trabajadores actuales (incluyendo socios trabajadores):

Facturación anual:

**Descripción de la idea o proyecto innovador:**

**Mercado y cliente objetivo:**

**Tecnología. Ventajas del producto o servicio**

## Situación del proyecto (hitos alcanzados)

### Equipo (miembros y perfiles):

(añadir las filas que sean necesarias)

<b>Socios:</b>	<b>PRINCIPALES REFERENCIAS PROFESIONALES (EMPRESA/CARGO)</b>	
<b>OTROS MIEMBROS DEL EQUIPO:</b>	<b>PRINCIPALES REFERENCIAS PROFESIONALES (EMPRESA/CARGO)</b>	

Los datos recogidos, conforme a lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, serán incluidos en un fichero inscrito en el Registro de la Agencia Española de Protección de Datos y cuyo responsable es La Universidad de Burgos. La finalidad de esta recogida de datos de carácter personal es tratar, utilizar y gestionar los datos relativos a los servicios/apoyos que la La Universidad de Burgos oferta y presta a las empresas y/o emprendedores.

Así mismo, el titular de los datos autoriza expresamente a ceder y compartir los mismos y con el Instituto para la Competitividad Empresarial de Castilla y León y otras Entidades de la Red de Emprendimiento e Innovación de Castilla y León, con la finalidad de que éstos le puedan remitir, por cualquier medio, información sobre sus respectivos servicios y a efectos de justificación del Programa.

Usted da, como titular de los datos, su consentimiento y autorización para la inclusión de los mismos en el fichero ut supra señalado. Así mismo, declara estar informado de las condiciones y cesiones detalladas en la presente cláusula y podrá, en cualquier caso, ejercitar gratuitamente los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose al Servicio con domicilio en Hospital del Rey S/N CP: 09001, de Burgos.

En caso de que se oponga a la cesión de sus datos en los términos previstos marque una cruz en esta casilla. En caso contrario, se entenderá que presta su consentimiento tácito a tal efecto.

Lugar y fecha.

Fdo.: \_\_\_\_\_