



**SOLICITUD DE ASISTENCIA
A JORNADAS O SEMINARIOS DEL
IFAPA**



Espacio reservado para sello de registro

1 | JORNADA o SEMINARIO SOLICITADO

| | |
|------------------------------|--|
| Título: <input type="text"/> | Fecha de celebración: <input type="text"/> |
|------------------------------|--|

2 | DATOS PERSONALES

| | |
|--|---|
| Apellidos: <input type="text"/> | Nombre: <input type="text"/> |
| Hombre: <input type="checkbox"/> NIF, pasaporte, permiso residencia o trabajo, otros: <input type="text"/> | Nacionalidad: <input type="text"/> |
| Mujer: <input type="checkbox"/> | Immigrante: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Fecha de nacimiento: Día: <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> Año: <input type="text"/> | |
| Domicilio actual (calle, número, escalera y piso): <input type="text"/> | Localidad: <input type="text"/> |
| Municipio: <input type="text"/> Provincia: <input type="text"/> | Código Postal: <input type="text"/> |
| Correo electrónico: <input type="text"/> | Tlf fijo: <input type="text"/> Tlf móvil: <input type="text"/> |

3 | NIVEL DE ESTUDIOS

| | | |
|--|--|--|
| Sin Estudios <input type="checkbox"/> | Bachiller (BUP/COU) <input type="checkbox"/> | Titulado de Grado Medio (Grado) <input type="checkbox"/> |
| Estudios Primarios Obligatorios <input type="checkbox"/> | C.F. Grado Medio (F.P.1) <input type="checkbox"/> | Titulado de Grado Superior (Máster) <input type="checkbox"/> |
| Estudios Secundarios Obligatorios (EGB) <input type="checkbox"/> | C.F. Grado Superior (F.P.2) <input type="checkbox"/> | Doctorado <input type="checkbox"/> |

4 | SITUACIÓN PROFESIONAL ACTUAL

| Desempleado | Activo, ocupado en: | |
|--|---|--|
| Demandante de 1 ^{er} empleo <input type="checkbox"/> | Agricultura, ganadería, forestal <input type="checkbox"/> | Pesca o acuicultura <input type="checkbox"/> |
| Menos de 1 año, para < 25 años menos de 6 meses <input type="checkbox"/> | Agroindustria <input type="checkbox"/> | Marina Civil <input type="checkbox"/> |
| Entre 1 a 2 años, para < 25 años entre 6 a 24 meses <input type="checkbox"/> | Servicios <input type="checkbox"/> | Otros <input type="checkbox"/> |
| Durante 2 o más años <input type="checkbox"/> | Mixtas <input type="checkbox"/> | |

5 | DECLARACIÓN, LUGAR FECHA Y FIRMA

Declaro que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, y me comprometo a aportar cuanta documentación me sea requerida.

En a de de 20

Fdo.:

SR/A. DIRECTOR/A DEL IFAPA CENTRO

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, el Instituto de Investigación y Formación Agraria y Pesquera de Andalucía (IFAPA), le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este formulario van a ser incorporados para su tratamiento en un fichero responsabilidad de IFAPA.. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tiene como finalidad la tramitación de la actividad formativa. Si lo desea, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos por la Ley, dirigiendo un escrito, adjuntando fotocopia del DNI, a la sede de IFAPA en el Edificio Administrativo Bermejales, Avda. De Grecia, s/n, 41012 – Sevilla, con la referencia "Protección de Datos Personales".