



**SOLICITUD DE ASISTENCIA
 A CURSOS DEL IFAPA**

Espacio reservado para sello de registro

1 DATOS PERSONALES

Apellidos: Nombre:

Hombre NIF, pasaporte, permiso residencia o trabajo, otros: Nacionalidad:

Mujer Inmigrante Sí No

Fecha de nacimiento: N° Seguridad Social: N° Inscripción marítima (sólo para pesca):

(dd/mm/aa)

Domicilio actual (calle, número, escalera y piso): Localidad:

Municipio: Provincia: Código Postal:

Correo electrónico: Tlf fijo: Tlf móvil:

2 CURSOS SOLICITADOS (deben corresponder a un único Centro IFAPA)

	Nombre del curso o edición específica	Fecha prevista de inicio
1º	<input type="text"/> BIENESTAR ANIMAL EN EL TRANSPORTE (ANDÚJAR)	<input type="text"/> 16/05/22 (dd/mm/aa)
2º	<input type="text"/>	<input type="text"/> (dd/mm/aa)
3º	<input type="text"/>	<input type="text"/> (dd/mm/aa)

3 CURSOS DE INCORPORACIÓN A LA EMPRESA AGRARIA * (rellenar sólo si se solicitan estos cursos)

Ha solicitado o tiene previsto solicitar ayudas para:

	SI	NO
• Inversiones en explotaciones agrarias mediante planes de mejora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Primera instalación de agricultores jóvenes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Explotaciones Prioritarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si procede, y en caso afirmativo indique: fecha de solicitud: (dd/mm/aa) Fecha de concesión:

4 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"/>

5 TITULACIÓN DE MAYOR NIVEL*

Título: Especialidad: Fecha expedición: (dd/mm/aa)

6 SITUACIÓN PROFESIONAL ACTUAL

Desempleado	Activo, ocupado en:				
Demandante de 1º 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"/>		

7 EXPERIENCIA PROFESIONAL (relacionada con la temática de los cursos solicitados)

Empresa	Sector (actividad)	Años y meses	Fecha de finalización
Actual: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> (aa/mm)	<input type="text"/> (dd/mm/aa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> (aa/mm)	<input type="text"/> (dd/mm/aa)



8 FORMACIÓN COMPLEMENTARIA * (relacionada con la temática de los cursos solicitados)		
Curso	Entidad	Año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> (aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> (aaaa)

9 ACREDITACIÓN DE LA CAPACIDAD DOCENTE Y FORMACIÓN EN RIESGOS LABORALES * (rellenar sólo cuando se solicite un curso de Formador de Formadores)		
Cursos para acreditar la formación en prevención de riesgos laborales	Entidad	Horas del curso
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cursos para acreditar la capacidad docente	Entidad	Horas del curso
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Experiencia como docente	Entidad	Horas impartidas
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

10 DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA Y OBSERVACIONES* (adjuntar fotocopias)	
Documentos:	<input type="text"/>
Observaciones:	<input type="text"/>

11 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 <input type="text"/> ANDÚJAR <input type="text"/> a <input type="text"/> de <input type="text"/> de 20 <input type="text"/> 22 Fdo.: <input type="text"/>

SR/A. DIRECTOR/A DEL IFAPA CENTRO VENTA DEL LLANO. MENGÍBAR

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".