



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

Espacio reservado para sello de registro

<b>1   JORNADA o SEMINARIO SOLICITADO</b>	
Título: <input type="text"/>	Fecha de celebración: <input type="text"/>

<b>2 DATOS PERSONALES</b>	
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"/>
Lugar de nacimiento: <input type="text"/>	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"/>

<b>3   NIVEL DE ESTUDIOS</b>			
Sin Estudios <input type="checkbox"/>	Bachiller (BUP/COU) <input type="checkbox"/>	T. Univ. Grado Medio (Grado) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estudios Primarios Obligatorios <input type="checkbox"/>	C.F. Grado Medio (F.P.1) <input type="checkbox"/>	T. Univ. Grado Superior (Máster) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estudios Secundarios Obligatorios (EGB) <input type="checkbox"/>	C.F. Grado Superior (F.P.2) <input type="checkbox"/>	Doctorado <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>4   SITUACIÓN PROFESIONAL ACTUAL</b>			
<b>En desempleo</b>		<b>En activo, con ocupación en:</b>	
Demandante de 1 <sup>er</sup> empleo <input type="checkbox"/>	Agricultura, ganadería, forestal <input type="checkbox"/>	Pesca o acuicultura <input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Durante 2 o más años <input type="checkbox"/>	Mixtas <input type="checkbox"/>		

<b>5   DECLARACIÓN, LUGAR FECHA Y FIRMA</b>
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"/> a <input type="text"/> de <input type="text"/> de 20 <input type="text"/>
Fdo.: <input type="text"/>

**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".

IFAPA002/05