



**SOLICITUD DE ASISTENCIA
A CURSOS DEL IFAPA**



Espacio reservado para sello de registro

| 1 DATOS PERSONALES | | | |
|---|---|---|-----------|
| Apellidos | | Nombre | |
| Hombre | NIF, NIE, pasaporte, permiso residencia o trabajo, otros. | Nacionalidad: | |
| Mujer | | Inmigrante | Si No |
| Fecha de nacimiento y localidad: | | Nº Seguridad Social | |
| Día Mes Año | | Nº Inscripción marítima (sólo para pesca) | |
| Domicilio actual (calle, número, escalera y piso) | | Localidad | |
| Municipio | | Provincia | |
| Código Postal | | 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 | |
| 2º | |
| 3º | |

| 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 | | |
| • Primera instalación de agricultores jóvenes | | |
| • Explotaciones Prioritarias | | |
| Si procede, y en caso afirmativo indique: fecha de solicitud: Fecha de Concesión: | | |

| 4 NIVEL DE ESTUDIOS | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------------|--|
| Sin Estudios | Bachiller (BUP/COU) | Titulado de Grado Medio (Grado) | |
| Estudios Primarios Obligatorios | C.F. Grado Medio (F.P.1) | Titulado de Grado Superior (Máster) | |
| Estudios Secundarios Obligatorios (EGB) | C.F. Grado Superior (F.P.2) | Doctorado | |

| 5 TITULACIÓN DE MAYOR NIVEL* | | |
|------------------------------|--------------|------------------|
| Título | Especialidad | Fecha expedición |

| 6 SITUACIÓN PROFESIONAL ACTUAL | | | |
|---|----------------------------------|---------------------|--|
| Desempleado | | Activo, ocupado en: | |
| Demandante de 1º empleo | Agricultura, ganadería, forestal | Pesca o acuicultura | |
| Menos de 1 año, para < 25 años menos de 6 meses | Agroindustria | Marina Civil | |
| Entre 1 a 2 años, para < 25 años entre 6 a 24 meses | Servicios | Otros | |
| Durante 2 o más años | Mixtas | | |

| 7 EXPERIENCIA PROFESIONAL (relacionada con la temática de los cursos solicitados) | | | |
|---|--------------------|--------------|-----------------------|
| Empresa | Sector (actividad) | Años y meses | Fecha de finalización |
| Actual: | | | |
| | | | |



| | | |
|---|----------------|------------|
| 8 FORMACIÓN COMPLEMENTARIA * (relacionada con la temática de los cursos solicitados) | | |
| Curso | Entidad | Año |
| | | |
| | | |

| | | |
|---|----------------|-------------------------|
| 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 |
| | | |
| Cursos para acreditar la capacidad docente | Entidad | Horas del curso |
| | | |
| Experiencia como docente | Entidad | Horas impartidas |
| | | |
| | | |

| |
|---|
| 10 DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA Y OBSERVACIONES* (adjuntar fotocopias) |
| Documentos |
| Observaciones |

| |
|--|
| 11 CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE (marcar una de las opciones) |
| <input type="checkbox"/> La persona abajo firmante como representante legal presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Identidad. |

| |
|--|
| 12 AUTORIZACIÓN EXPRESA (Opcional) |
| <input type="checkbox"/> La persona solicitante AUTORIZA, como medio de notificación preferente, la notificación telemática en la dirección de correo electrónica segura facilitada por la plataforma @Notifica de la Junta de Andalucía. (Para ello deberán disponer de certificado de usuario de firma electrónica reconocida) |

| |
|--|
| 13 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.: |

* Los apartados 3, 5, 8, 9 y 10 no son obligatorios de rellenar salvo cuando se especifique.

SR/A. DIRECTOR/A DEL IFAPA CENTRO.....

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el Instituto de Investigación y Formación Agraria y Pesquera le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este impreso y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, a un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tiene como finalidad la tramitación del curso. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito ante el Instituto de Investigación y Formación Agraria y Pesquera. Consejería de Agricultura y Pesca. C/ Isaac Newton nº 3 -3ª Planta. Edificio Bluenet, 41092 Sevilla.