







Servicio de Formación y Transferencia Tecnológica

**Región de Murcia** Consejería de Agua, Agricultura y Medio Ambiente

Dirección General de Innovación Agroalimentaria

Tfno. 968 39 59 39

Fax. 968 39 59 38

[www.carm.es/cagric](http://www.carm.es/cagric) [formacion@carm.es](mailto:formacion@carm.es)

Plaza Juan XXIII s/n 30008 Murcia

Adjuntar fotocopia del DNI

**Graduado Escolar**

**Secundaria(B. COU. FP2)**

**Sinestudios**

**E. Primarios**

**Secundaria Obligatoria (FP1, 2º BUP, 4º ESO)**

**Universitarios**

**Estudia Trabaja En Paro Otros**

**ANTIGÜEDAD EN EL PARO**

**P A R O**

**Menor de 25 años Menos de 6 meses Másde 6 meses**

**Mayor de 25 años**

**Entre 1 y 2 años No consta**

**Menos de 1 año 2 ó más años**

**SOLICITA** asistir a la actividad formativa siguiente:

**CURSO:**

**Con una duración de**

**horas**

**En fecha:**

**de**

**al**

**de**

**20**

**En**

**a**

**de**

**de 20**

**Fdo.:**

SR. JEFE DE SERVICIO DE FORMACIÓN Y TRANSFERENCIA TECNOLÓGICA. Telf. 968.39 59 39 -Fax. 968.39 59 38

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos Personales, y a través de la cumplimentación del presente formulario, Vd. presta su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales facilitados, que serán incorporados al fichero “Cursos de Formación Agroalimentaria” titularidad del Director General de Innovación Agroalimentaria de la Consejería de Agua, Agricultura y Medio Ambiente, inscrito en el Registro General de Protección de Datos de la Agencia Española de Protección de Datos, cuya finalidad es la expedición de diplomas, certificados y carnets de los cursos superados por los alumnos e información de actividades futuras. Igualmente le informamos que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición establecidos en dicha Ley dirigiéndose a la siguiente dirección: Dirección General de Innovación Agroalimentaria, Consejería de Agua, Agricultura y Medio Ambiente, Plaza Juan XXIII, s/n 30008 Murcia.

Inspectores de Estaciones de ITEAF (Inspección Técnica de Equipos de Aplicación de Fitosanitarios)

**A C T I V O**

**/ A**

**DATOS DE LA EMPRESA**

**Nombre:**

**CIF:**

**Dirección:**

**C.P.:**

**Municipio:**

**Provincia:**

**Teléfono:**

**Fax:**

**E-mail:**

**SECTOR/ACTIVIDAD**

**AGRÍCOLA INDUSTRIAL SERVICIOS OTROS**

Agrícola/Ganadera Medio Ambiente SociedaddelaInformación

**NATURALEZA JURIDICA**

**Empresa Pública Org. Patronal o Sindical Economía Social Admón.\*(Central, Auto., Local) Entidad sin fin de lucro**

**Empresa Privada\* (Autónomo, S.A., S.L., S.C., Otra)**

**\*** Táchese lo que no proceda.

**TAMAÑO DE LA EMPRESA**

**Hasta 10 trabajadores Entre 11 y 50 trabajadores**

**Entre 51 y 250 trabajadores Másde 250 trabajadores**

**SITUACIÓN LABORAL**

**Nombre**

**Apellido1**

**Apellido2**

**Sexo**

**NIF**

**F.Nac.**

**Minusvalia**

**Domicilio**

**C.P.**

**Provincia**

**Municipio**

**Fijo**

**Pedanía**

**E-mail**

**Móvil**

**Lugar y país de nacimiento**

**Nacionalidad**

**NIVEL DE ESTUDIOS**

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**