

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: (dd/mm/aa) Nº Seguridad Social: Nº Inscripción marítima (sólo para pesca):

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"/> | <input type="text"/> (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"/> 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".

INSTRUCCIONES:

Lea con atención y cumplimente todos los campos que correspondan según las características del curso que desea solicitar.

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

Las solicitudes de asistencia a los cursos deben presentarse, como mínimo, con dos semanas de antelación a la fecha de comienzo del curso. Es obligatorio rellenar todos los apartados de la misma, especialmente el correspondiente al DIRECTOR/A DEL CENTRO IFAPA donde desea asistir, para que se pueda tramitar la demanda. Se recomienda presentar la solicitud en el Centro IFAPA que gestiona la actividad formativa solicitada aunque también se puede presentar en la Consejería de Agricultura, Pesca y Desarrollo Rural, las Delegaciones Provinciales de Agricultura, Pesca y Desarrollo Rural y las Oficinas Comarcales Agrarias.

Es conveniente, antes de cursar la solicitud, confirmar con el Centro las fechas, localidad y requisitos para la asistencia a los cursos, así como la disponibilidad de plazas en las residencias.

Todas las solicitudes deben ir acompañadas de la documentación acreditativa del cumplimiento de los requisitos exigidos para cada curso. Los datos personales declarados en las solicitudes se verificarán de acuerdo al artículo 3 del Decreto 68/2008, de 26 de febrero, por el que se suprime la aportación de la fotocopia de los documentos identificativos oficiales en los procedimientos administrativos de la Junta de Andalucía.

No olvide firmar la solicitud.

Para más información consulte el apartado de [Formación](#) de la web del IFAPA.
(<http://www.juntadeandalucia.es/agriculturaypesca/ifapa>)