

ANEXO I

SOLICITUD DE ADMISIÓN AL CURSO PARA LA UTILIZACIÓN DE PRODUCTOS FITOSANITARIOS "NIVEL CUALIFICADO"

DATOS PERSONALES

| | |
|---------------------------|--|
| NOMBRE Y APELLIDOS: | |
| N.I.F.: | |
| FECHA DE NACIMIENTO: | |
| DOMICILIO: | |
| C.P./LOCALIDAD/PROVINCIA: | |
| NOMBRE DE LA COOPERATIVA: | |
| DOMICILIO: | |
| C.P./LOCALIDAD/PROVINCIA: | |
| TELEFONO: | |

| NIVEL DE FORMACIÓN | | | |
|---------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Graduado Escolar | <input type="checkbox"/> | Diplomado Universitario | <input type="checkbox"/> |
| Bachiller | <input type="checkbox"/> | Titulación Superior | <input type="checkbox"/> |
| Otros | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

| SITUACIÓN LABORAL | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Ocupado | <input type="checkbox"/> | Otra situación | <input type="checkbox"/> |
| Número Afiliación Seguridad Social: | | | |
| Régimen Seguridad Social: | | | |

| RELACION CON LA AGRICULTURA | | | |
|------------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Agricultor a Título Principal | <input type="checkbox"/> | Empleado de la Cooperativa | <input type="checkbox"/> |
| Agricultor a Tiempo Parcial | <input type="checkbox"/> | Ni agricultor ni empleado | <input type="checkbox"/> |

| RESPONSABILIDAD DEL EN LA COOPERATIVA | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gerente o Director | <input type="checkbox"/> | Trabajador | <input type="checkbox"/> |
| Rector | <input type="checkbox"/> | No socio | <input type="checkbox"/> |
| Socio | <input type="checkbox"/> | Consorte o Hijo de socio | <input type="checkbox"/> |

| |
|--|
| ACTIVIDAD DE LA COOPERATIVA A LA QUE PERTENECE: |
|--|

| |
|---------------|
| Firma: |
|---------------|

Fecha: