



ANEXO I

SOLICITUD DE ADMISIÓN AL “CURSO DE APLICADOR DE PRODUCTOS FITOSANITARIOS (NIVEL CUALIFICADO) 60 HORAS MODALIDAD SEMIPRESENCIAL”

Datos personales:

Nombre y apellidos:

DNI:

Teléfono:Fax:

Domicilio:

Código postal:Localidad:Provincia.....

Interés por el curso.....

Titulación:

En, a.....dede 202

**LABORAL LEARN, SL. Dirección: CORREGIDOR ESCOFET, 50. 25005, Lleida
Teléfono 678700800- Correo electrónico: secretaria@laboralgroup.com**