

**ANEXO I: SOLICITUD DE ADMISIÓN AL "CURSO PARA LA UTILIZACIÓN DE PRODUCTOS FITOSANITARIOS" NIVEL BÁSICO**

**Datos personales:**

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_  
D.N.I.: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Código Postal: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Provincia: \_\_\_\_\_

**SITUACIÓN** (Marcar lo que corresponda)

Indique en cuál de las siguientes situaciones se encuentra. (Ponga "si" en la que corresponda).

DESEMPLEADO: \_\_\_\_\_  
ACTIVO: \_\_\_\_\_  
PENSIONISTA, (invalidez o jubilado): \_\_\_\_\_  
OTROS: \_\_\_\_\_ Indicar cual: \_\_\_\_\_

**PROFESIÓN**

**AGRICULTOR**

Régimen Especial Agrario Cuenta Propia \_\_\_\_\_  
Régimen Especial Agrario Cuenta Ajena \_\_\_\_\_  
Autónomo: \_\_\_\_\_  
Otros Indicar cual: \_\_\_\_\_

**OTRA ACTIVIDAD**

Indicar cual: \_\_\_\_\_  
Trabajador por cuenta ajena \_\_\_\_\_  
Autónomo: \_\_\_\_\_  
Otros Indicar cual: \_\_\_\_\_

Indique si ha realizado algún estudio relacionado con este tema, cuando y con qué Institución: \_\_\_\_\_

**SOLICITA**

Ser admitido en el curso de utilización de productos fitosanitarios, nivel básico, que se celebrará los días \_\_\_\_\_ en la localidad de \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Firma:

Enviar a: director.zaragoza@grupompe.es o llamar al teléfono 664153528 o/y 976 300 766. Persona de contacto Verónica Casanova.