CENTRO DE DOCENCIA ALIMENTARIA
mercazaragoza

SOLICITUD CURSO APLICADOR DE PRODUCTOS FITOSANITARIOS NIVEL BÁSICO

D.N.I.

DIRECCIÓN: C. P. :

LOCALIDAD: PROVINCIA:

TELEFONO: MOVIL:

E-MAIL:

FECHA NACIMIENTO:

☐ DESEMPLEADO

☐ TRABAJADOR POR CUENTA AJENA

☐ TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA

En Zaragoza a ..... de 20

Firmado:

Los datos personales consignados en este documento de preinscripción se encuentran protegidos con arreglo a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Dichos datos no podrán ser cedidos a terceras personas sin su consentimiento previo, con carácter revocable, para finalidades distintas de la gestión de estos cursos, la realización de comunicaciones y el control estadístico de las acciones formativas