

**SOLICITUD DE ADMISIÓN AL CURSO DE UTILIZACIÓN DE PRODUCTOS FITOSANITARIOS. NIVEL FUMIGADOR****DATOS PERSONALES**

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>NOMBRE Y APELLIDOS</b> |  |
| <b>D.N.I.</b>             |  |
| <b>DOMICILIO</b>          |  |
| <b>LOCALIDAD:</b>         |  |
| <b>C.P.</b>               |  |
| <b>PROVINCIA</b>          |  |
| <b>TELÉFONO</b>           |  |
| <b>e-mail</b>             |  |

**SITUACIÓN** (Marcar lo que corresponda)

|             |                          |                     |
|-------------|--------------------------|---------------------|
| ACTIVO      | <input type="checkbox"/> |                     |
| DESEMPLEADO | <input type="checkbox"/> |                     |
| PENSIONISTA | <input type="checkbox"/> |                     |
| OTROS       | <input type="checkbox"/> | Indicar cual: _____ |

**PROFESIÓN**

|                                        |                          |
|----------------------------------------|--------------------------|
| <b>AGRICULTOR</b>                      |                          |
| Régimen Especial Agrario Cuenta Propia | <input type="checkbox"/> |
| Régimen Especial Agrario Cuenta Ajena  | <input type="checkbox"/> |
| Autónomo                               | <input type="checkbox"/> |
| Otros                                  | <input type="checkbox"/> |
|                                        | Indicar cual: _____      |

**OTRA ACTIVIDAD**

|                             |                          |
|-----------------------------|--------------------------|
| Indicar cual: _____         |                          |
| Trabajador por cuenta ajena | <input type="checkbox"/> |
| Autónomo                    | <input type="checkbox"/> |
| Otros                       | <input type="checkbox"/> |
|                             | Indicar cual: _____      |

**SOLICITA**

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

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201

Firma: