



SOLICITUDE DE ASISTENCIA Á ACCIÓN FORMATIVA OU DE TRANSFERENCIA TECNOLÓXICA

I.- DATOS PERSONAIS DO/A SOLICITANTE

APELIDOS E NOME		NIF	SEXO	DATA DE NACEMENTO
ENTIDADE NA QUE TRABALLA			<input type="checkbox"/> HOME <input type="checkbox"/> MULLER	
ENDEREZO		PROVINCIA	CONCELLO	
CÓDIGO POSTAL	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	

II.- ACCIÓN FORMATIVA SOLICITADA

TÍTULO DA ACTIVIDADE	
INCREMENTO DA RENDIBILIDADE DAS EXPLOTACIÓNS LEITEIRAS MEDIANTE A MELLORA XENÉTICA	
ENTIDADE ORGANIZADORA	
CENTRO DE INVESTIGACIÓNS AGRARIAS DE MABEGONDO (CIAM)	
LUGAR DE REALIZACIÓN	
CENTRO DE INVESTIGACIÓNS AGRARIAS DE MABEGONDO (CIAM)	
DATA DE REALIZACIÓN	Nº DE DÍAS DE REALIZACIÓN
___19 DE OUTUBRO DE 2016_____	___1___

III.- TEN SOLICITADA AXUDA POR INCORPORACIÓN OU MELLORA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NON
---	-----------------------------	------------------------------

IV.- NIVEL DE ESTUDOS

<input type="checkbox"/> SEN ESTUDOS	<input type="checkbox"/> FP DA FAMILIA AGRARIA
<input type="checkbox"/> ESTUDOS PRIMARIOS	<input type="checkbox"/> SECUNDARIA
<input type="checkbox"/> SECUNDARIA OBRIGATORIA	<input type="checkbox"/> UNIVERSITARIA

V.- SITUACIÓN LABORAL

<input type="checkbox"/> OCUPADO	<input type="checkbox"/> MÁIS DUN ANO	<input type="checkbox"/> MENOS DUN ANO
<input type="checkbox"/> PARADO		
<input type="checkbox"/> OUTROS		

VI.- ACTIVIDADE

<input type="checkbox"/> AGRARIA
<input type="checkbox"/> ALIMENTARIA
<input type="checkbox"/> FORESTAL

VII.- OUTROS

<input type="checkbox"/> DISCAPACITADO Grao: _____
<input type="checkbox"/> INMIGRANTE País de orixe: _____
Lugar e data _____, ___ de _____ de 20__
Asdo.: _____