



FONDO SOCIAL EUROPEO
"El FSE invierte en tu futuro"

CONTRIBUCIÓN FINANCIERA FSE:

- REGIONES MENOS DESARROLLADAS 80 %
- REGIONES DE TRANSICIÓN 80 %
- REGIONES MAS DESARROLLADAS 80 %
- REGIONES MAS DESARROLLADAS 50 %



CONTRIBUCIÓN FINANCIERA MAPAMA:

- REGIONES MENOS DESARROLLADAS 20 %
- REGIONES DE TRANSICIÓN 20 %
- REGIONES MAS DESARROLLADAS 20 %
- REGIONES MAS DESARROLLADAS 50 %



PROGRAMA FORMATIVO FINANCIADO POR EL FONDO SOCIAL EUROPEO (FSE) Y
EL MINISTERIO DE AGRICULTURA Y PESCA, ALIMENTACIÓN Y MEDIO AMBIENTE (MAPAMA)

PROGRAMA PLURIRREGIONAL DE FORMACIÓN

ORDEN AAA/746/2016, DE 4 DE MAYO (BOE 16 DE MAYO) CONVOCATORIA AÑO 2017

FICHA DATOS ASISTENTES

LUGAR:

LOCALIDAD: GUADALUPE

PROVINCIA: CACERES

FECHA: DEL 9 AL 11 DE OCTUBRE DE 2017

NÚMERO DE ALUMNOS:

DURACIÓN: 15 HORAS

NÚMERO DE ORDEN DE LA ACTIVIDAD: 4

NOMBRE Y APELLIDOS:													
D.N.I (Letra incluida):									EDAD:				
FECHA DE NACIMIENTO:													
DIRECCIÓN:													
LOCALIDAD:													
PROVINCIA:									C.P:				
TELÉFONO FIJO:							MOVIL:						
EMAIL:													
Nº AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL DEL ALUMNO													
RÉGIMEN DE AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL	☐ RÉGIMEN GENERAL						☐ RÉGIMEN ESPECIAL AGRARIO, CUENTA AJENA						
	☐ AUTÓNOMOS						☐ RÉGIMEN ESPECIAL AGRARIO, AUTÓNOMO						
CONDICIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL	☐ TITULAR						☐ FAMILIAR *						
CIF DE LA EMPRESA EN LA QUE TRABAJA							Nº S SOCIAL FAMILIAR :		___/___/___				
* El alumno asiste al curso en condición de mano de obra familiar del titular de una explotación agraria													
PROFESIÓN:	☐ AGRICULTOR/A						☐ DESARROLLO RURAL						
	☐ HIJO AGRICULTOR/A						☐ OTROS						
	☐ CÓNYUGE AGRICULTOR												
OCUPACIÓN PROFESIONAL	☐ SECTOR AGRARIO						☐ SECTOR AGROALIMENTARIO						
	☐ SECTOR SERVICIOS						☐ SECTOR INDUSTRIAL/ARTESANÍA						
NIVEL DE ESTUDIOS	☐ SIN ESTUDIOS						☐ PRIMARIOS OBLIGATORIOS						
	☐ SECUNDARIOS						☐ UNIVERSITARIOS						

"DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE CUMPLO CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS Y QUE ESTOS DATOS SON VERACES DISPONIENDO DE LA DOCUMENTACIÓN QUE ASÍ LO ACREDITA, Y ASIMISMO AUTORIZO A LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA PARA QUE PUEDA RECABAR DATOS DE LA TGSS DE MI CONDICIÓN DE AFILIADO"

FIRMA:

Nombre y Apellidos: _____