**CENTRO INTERNACIONAL DE ALTOS ESTUDIOS AGRONÓMICOS MEDITERRÁNEOS (CIHEAM)**

**INSTITUTO AGRONÓMICO MEDITERRÁNEO DE ZARAGOZA (IAMZ)**

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE ADMISIÓN**

**a remitir junto con *Curriculum Vitae* *in extenso* debidamente acreditado a**:

INSTITUTO AGRONÓMICO MEDITERRÁNEO DE ZARAGOZA

Avenida de Montañana 1005 – 50059 Zaragoza (España)

Tel.: +34 976 716000 - Fax: +34 976 716001 - e-mail: iamz@iamz.ciheam.org

Web: http://www.iamz.ciheam.org

SI RELLENA USTED A MANO ESTE FORMULARIO, POR FAVOR USE LETRAS MAYÚSCULAS

**Nota: Los formularios recibidos por correo electrónico se considerarán solamente como pre-solicitudes. Para considerar una solicitud como definitiva se deberá recibir en el IAMZ el *Curriculum Vitae* *in extenso* junto con los documentos acreditativos**

**CURSO QUE SOLICITA** (Indicar título y fecha):

|  |
| --- |
| Si es posible, inserte aquí su fotografía **tipo pasaporte** |

**DATOS PERSONALES**

Apellidos:

Nombre:

Sexo:

Fecha de nacimiento (d/m/a):

Nacionalidad:

Dirección particular (calle, nº, piso):

Ciudad:

Provincia:

País:

Apartado correos:

Código postal:

Tel. (Códigos completos de país y ciudad):

Fax (Códigos completos de país y ciudad):

e-mail:

**DATOS ACADÉMICOS** (Adjuntar copia del expediente académico en las solicitudes para Cursos de programas Máster)

TÍTULO UNIVERSITARIO:

Universidad:

Años de estudio: 19\_\_ - 19\_\_

***(Repetir este apartado cuantas veces sea necesario)***

TÍTULOS DE POSGRADO:

Universidad:

Años de estudio: 19\_\_ - 19\_\_

***(Repetir este apartado cuantas veces sea necesario)***

ESTANCIAS:

**SITUACIÓN LABORAL**

Universidad/Institución/Empresa:

Facultad/Centro/Delegación:

Departamento/Sección:

Puesto actual:

Fecha de incorporación al puesto actual:

Dirección trabajo (calle, nº, piso):

Ciudad:

Provincia:

País:

Apartado correos:

Código postal:

Tel. (Códigos completos de país y ciudad):

Fax (Códigos completos de país y ciudad):

e-mail:

Web:

Empleos anteriores:

**DESCRIBA EN QUÉ CONSISTE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL ACTUAL**

***(Utilizar todo el espacio necesario*)**

**PUBLICACIONES MÁS RELEVANTES RELACIONADAS CON EL TEMA DEL CURSO**

***(Utilizar todo el espacio necesario*)**

**INDIQUE LOS MOTIVOS DE SU SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN ESTE CURSO (*Utilizar todo el espacio necesario*)**

**INDIQUE EL NOMBRE Y DIRECCIÓN DE DOS EXPERTOS DEL ÁMBITO ACADÉMICO, CIENTÍFICO O PROFESIONAL QUE PUEDAN DAR REFERENCIAS SUYAS (*Utilizar todo el espacio necesario*)**

**CONOCIMIENTO DE IDIOMAS** (responda MB= Muy Bien, B= Bien, R= Regular,  
N= Ninguno)

INGLÉS

Leído:

Hablado:

Escrito:

FRANCÉS

Leído:

Hablado:

Escrito:

ESPAÑOL

Leído:

Hablado:

Escrito:

**OTROS DATOS DE INTERÉS (*Utilizar todo el espacio necesario*)**

**FINANCIACIÓN**

PARTICIPARÁ USTED EN EL CURSO FINANCIADO POR (ponga una X donde proceda)

A su cargo:

La Institución que le emplea:

Otra Institución (consigne el nombre):

¿HA SOLICITADO BECA DE ALGÚN ORGANISMO / INSTITUCIÓN? (responda Sí o No y consigne el nombre de la institución / organismo):

SOLICITUD DE BECA DEL CIHEAM *(solo países miembros: Albania, Argelia, Egipto, España, Francia, Grecia, Italia, Líbano, Malta, Marruecos, Portugal, Túnez, Turquía)*

¿Solicita beca de inscripción?\* (responda Sí o No):

¿Solicita beca de estancia? (responda Sí o No):

¿Participaría en el curso sin beca de inscripción? (responda Sí o No):

¿Participaría en el curso sin beca de estancia? (responda Sí o No):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*En el caso de los programas Máster que se celebran en Zaragoza, también pueden solicitar beca de inscripción los candidatos de otros países

**NOMBRE Y DIRECCIÓN COMPLETA DE LA PERSONA A AVISAR EN CASO DE URGENCIA**

Apellidos:

Nombre:

Dirección (calle, nº, piso):

Ciudad:

Provincia:

País:

Apartado correos:

Código postal:

Tel. (Códigos completos de país y ciudad):

Fax (Códigos completos de país y ciudad):

e-mail:

*Certifico que los datos aportados son ciertos, y me comprometo a informar de las modificaciones que puedan producirse*

*Fecha: Firma:*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos facilitados serán incorporados a un fichero responsabilidad del Instituto Agronómico Mediterráneo de Zaragoza con la finalidad de tramitar su solicitud de admisión e informarle, incluso por correo electrónico, de futuras actividades relacionadas con su área temática de interés. Usted puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo una notificación al Instituto Agronómico Mediterráneo de Zaragoza con domicilio en Avda. de Montañana, 1005; 50059 ZARAGOZA, acompañado de copia de DNI o equivalente.