

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

MÁSTER EN GESTIÓN PESQUERA SOSTENIBLE

1ª Parte

Alicante (España), 10 octubre 2017 – 15 junio 2018

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:

Si es posible,
inserte aquí
su fotografía
tipo
pasaporte

DATOS ACADÉMICOS [Adjuntar copia del diploma universitario (o certificado de que se haya en fase de expedición, o certificado de que se está cursando el último año de grado) y del expediente académico]

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:

Funciones:

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:

SI DESARROLLA ACTUALMENTE UNA ACTIVIDAD PROFESIONAL DESCRIBA EN QUÉ CONSISTE

(Utilizar todo el espacio necesario)

SUS PUBLICACIONES MÁS RELEVANTES RELACIONADAS CON EL TEMA DEL MÁSTER

(Utilizar todo el espacio necesario)

INDIQUE LOS MOTIVOS DE SU SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN ESTE MÁSTER

(Utilizar todo el espacio necesario)

INDIQUE LOS NOMBRES Y DIRECCIÓN DE DOS PROFESORES O INVESTIGADORES QUE CONOZCAN SUS ACTIVIDADES Y RESULTADOS PROFESIONALES (*Utilizar todo el espacio necesario*)

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

INGLÉS

Leído:

Hablado:

Escrito:

ESPAÑOL

Leído:

Hablado:

Escrito:

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

FINANCIACIÓN

PARTICIPARÁ USTED EN EL MÁSTER 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 DE LOS ORGANIZADORES

Destinadas a candidatos de países miembros del CIHEAM (Albania, Argelia, Egipto, España, Francia, Grecia, Italia, Líbano, Malta, Marruecos, Portugal, Túnez, Turquía). Pendiente de conformación final, algunas becas se destinarán también a candidatos de Partes Contratantes y Partes no contratantes Colaboradoras de la CGPM (Albania, Argelia, Bulgaria, Croacia, Chipre, Egipto, Eslovenia, España, Francia, Grecia, Israel, Italia, Japón, Líbano, Libia, Malta, Mónaco, Montenegro, Marruecos, Rumania, Siria, Túnez y Turquía; Bosnia y Herzegovina, Georgia y Ucrania)

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

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

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

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

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.