 

F O R M U L A R I O D E I N S C R I P C I Ó N

MOVILIDADES DE CORTA DURACIÓN PARA ALUMNADO DE 1º DE LOS CFGM

***“LET´S IMPROVE IN EUROPE VI”* - *2020-1-ES01-KA102-079626***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **D A T O S P E R S O N A L E S** | | | | | |
| **N.I.F. / C.I.F.** | **APELLIDOS Y NOMBRE** | | | | |
|  |  | | | | |
| **DIRECCIÓN** | | | | | **CÓDIGO POSTAL** |
|  | | | | |  |
| **POBLACIÓN** | | | **PROVINCIA** | | **EDAD** |
|  | | |  | |  |
| **TELÉFONO** | | **MÓVIL** | | **E-MAIL** | |
|  | |  | |  | |
| **D A T O S A C A D É M I C O S** | | | | | |
| **POR FAVOR, DETALLA QUÉ CICLO DE GRADO MEDIO ESTÁS CURSANDO Y EN QUÉ CENTRO EDUCATIVO** | | | | | |
|  | | | | | |
| **B E C A S D E M O V I L I D A D E N E M P R E S A S E U R O P E A S** | | | | | |
| **SEÑALA LA OPCIÓN MÁS ADECUADA** | | | | | |
| **A.- DECLARO QUE:**  SOY ESTUDIANTE **DE PRIMER CURSO**DE UN CFGM ………………………………………………….  **B.- DECLARO QUE** ESTOY INTERESADO/A EN PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO EUROPEO DE MOVILIDAD PARA REALIZAR UNA ESTANCIA FORMATIVAS DE 15 DÍAS EN ITALIA  FLUJO JULIO DE 2021…….……………………………………………………………..…………………………  **C.-** DESCRIBE CUÁLES SON LOS MOTIVOS POR LOS QUE TE GUSTARÍA OPTAR A UNA DE ESTAS BECAS  **D.-** POR FAVOR, INDICA SI TIENES ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD O DE NECESIDAD ESPECIAL | | | | | |

En a de de 2021

Fdo.:

*En cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018 y del Reglamento (UE) 2016/679, le informamos que sus datos personales serán tratados a los únicos efectos de* gestionar su participación en las movilidades Erasmus+, pudiendo usted ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad y oposición.