

**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>

POR FAVOR RELLENE ESTE
FORMULARIO USANDO
LETRAS MAYUSCULAS⁽¹⁾

FOTO

CURSO QUE SOLICITA _____

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.* _____ / _____
Fax* _____ / _____ e-mail _____
Nombre y dirección completa de la persona a avisar en caso de urgencia _____
Tel.* _____ / _____

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

Título Universitario	Universidad	Años de estudio (19__ - 19__)
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Títulos de Posgrado		
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Estancias _____

SITUACIÓN LABORAL

Universidad/Institución/Empresa _____
Facultad/Centro/Delegación _____
Departamento/Sección _____
Puesto actual _____ a partir de _____
Dirección trabajo (calle, nº, piso) _____
Ciudad _____ Provincia _____ País _____
Apartado correos _____ Código postal _____ Tel.* _____ / _____
Fax* _____ e-mail _____ Web: _____
Empleos anteriores _____

(1) Si desea incluir más información, puede obtener este formulario en formato Word en la página web del IAMZ

* INDICAR LOS CÓDIGOS DE TELÉFONO DE PAÍS Y CIUDAD



DESCRIBA EN QUÉ CONSISTE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL ACTUAL

PUBLICACIONES MÁS RELEVANTES (Relacionadas con el tema del curso)

INDIQUE LOS MOTIVOS DE SU SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN ESTE CURSO

IDIOMAS

	Inglés	Francés	Español
Leído	_____	_____	_____
Hablado	_____	_____	_____
Escrito	_____	_____	_____

(MB= Muy Bien, B= Bien, R= Regular)

INDIQUE LOS NOMBRES Y DIRECCIÓN DE DOS PROFESORES O INVESTIGADORES QUE CONOZCAN SUS ACTIVIDADES Y RESULTADOS PROFESIONALES

FINANCIACIÓN

Participará en el curso financiado por:

- A su cargo
 Institución que le emplea
 Otra institución. Nombre _____

Ha solicitado beca a algún organismo/institución. Nombre _____

Solicita beca del CIHEAM:

Inscripción

Estancia

(Sólo países miembros: Albania, Argelia, Egipto, España, Francia, Grecia, Italia, Líbano, Malta, Marruecos, Portugal, Túnez, Turquía)

¿Participaría en el curso:

sin beca de inscripción?

SI

NO

sin beca de estancia?

SI

NO

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

Fecha

Firma