

SOL·LICITUD CURS PATRÓ COSTANER POLIVALENT -SECCIÓ PONT - SEMIPRESENCIAL
SOLICITUD CURSO PATRÓN COSTERO POLIVALENTE - SECCIÓN PUENTE - SEMIPRESENCIAL

DADES PERSONALS / DATOS PERSONALES				
*Cognoms/Apellidos:		*Nom/Nombre:		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
*Adreça/Direcció:		*Codi Postal/Código Postal:		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
*Localitat/Localidad:	*Província/Provincia:	*DNI/NIE:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
*País de naixement/País de nacimiento		*Data de naixement/Fecha de nacimiento		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
*Localitat de naixement/Localidad de nacimiento:		*Província de naixement/Provincia de nacimiento		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
*E-MAIL:		*Telèfons/Teléfonos:		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
CORREU ELECTRÒNIC PER A CONNEXIÓ AL CURS / CORREO ELECTRÓNICO PARA CONEXIÓN AL CURSO				
*E-MAIL <input type="text"/>				
DESITJA REALITZAR EL CURS DE PATRÓ COSTANER POLIVALENT - SECCIÓ PONT - DESEA REALIZAR EL CURSO DE PATRÓN COSTERO POLIVALENTE -SECCIÓN PUENTE -				
En la convocatòria del /En la convocatoria del: Del 02/05/2024 al 30/10/2024				
REQUISITS I DOCUMENTACIÓ / REQUISITOS Y DOCUMENTACIÓN				
<input type="checkbox"/> EDAT MÍNIMA DE 16 ANYS / EDAD MÍNIMA DE 16 AÑOS.				
<input type="checkbox"/> SOL·LICITUD OMLPIDA AMB FOTOCÒPIA LLEGIBLE DEL DNI EN VIGOR. SOLICITUD CUMPLIMENTADA CON FOTOCOPIA LEGIBLE DEL DNI <u>EN VIGOR</u> .				
<input type="checkbox"/> DECLARACIÓ RESPONSABLE DE REONEIXEMENT SOBRE CONEIXEMENT DE L'IDIOMA ESPAÑOL, TANT ORAL COM ESCRIT DECLARACIÓN RESPONSABLE DE RECONOCIMIENTO SOBRE CONOCIMIENTO DEL IDIOMA ESPAÑOL, TANTO ORAL COMO ESCRITO,				
<input type="checkbox"/> FOTOCÒPIA CERTIFICAT METGE D'APTITUD PER A EMBARCAMENT DE L'ISM <u>EN VIGOR</u> (OBLIGATORI PER A MAJORS DE 50 ANYS) O DECLARACIÓ RESPONSABLE DE POSSEIR L'APTITUD FÍSICA QUE PERMETA L'EXERCICI DE L'ACTIVITAT. FOTOCOPIA CERTIFICADO. MÉDICO DE APTITUD PARA EMBARQUE DEL ISM <u>EN VIGOR</u> O, DECLARACIÓN RESPONSABLE DE POSEER LA APTITUD FÍSICA QUE PERMITA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.				
<input type="checkbox"/> SEGUR ABONAT / SEGURO ABONADO (El pago es voluntario / El pagament és voluntari)				
<input type="checkbox"/> JUSTIFICANT BANCARI DE PAGAMENT DE TAXA / JUSTIFICANTE BANCARIO DE PAGO DE TASA				
DIRIGIT A / DIRIGIDO A				
		<table border="1"> <tr> <td align="center">REGISTRE D'ENTRADA REGISTRO DE ENTRADA</td> </tr> <tr> <td align="center">DATA FECHA</td> </tr> </table>	REGISTRE D'ENTRADA REGISTRO DE ENTRADA	DATA FECHA
REGISTRE D'ENTRADA REGISTRO DE ENTRADA				
DATA FECHA				
ATT. DIRECCIÓ DEL CIPFP POLITÈCNIC MARÍTIM PESQUER DEL MEDITERRANI - ALACANT				
Alacant / Alicante	<input type="text"/>	Signatura / Firma <input type="text"/>		
<p><i>Se l'informa que d'acord amb el que s'estableix en la disposició addicional huitena de la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, i l'article 4 de la Llei 40/2015, d'1 d'octubre, l'òrgan gestor podrà verificar aquelles dades manifestades en la present sol·licitud. Se le informa que de acuerdo con lo establecido en la disposición adicional octava de la Ley orgànica 3/2018, de 5 de diciembre, y el artículo 4 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, el órgano gestor podrá verificar aquellos datos manifestados en la presente solicitud.</i></p>				