

SOL·LICITUD CURS OPERADOR RESTRINGIT DEL S.M.S.S.M
SOLICITUD CURSO OPERADOR RESTRINGIDO DEL S.M.S.S.M

DADES PERSONALS / DATOS PERSONALES			
*Cognoms/Apellidos: <input type="text"/>	*Nom/Nombre: <input type="text"/>		
*Adreça/Direcció: <input type="text"/>	*Codi Postal/Código Postal: <input type="text"/>		
*Localitat/Localidad: <input type="text"/>	*Província/Provincia: <input type="text"/>	*DNI/NIE: <input type="text"/>	
*País de naixement/País de nacimiento <input type="text"/>		*Data de naixement/Fecha de nacimiento <input type="text"/>	
*Localitat de naixement/Localidad de nacimiento: <input type="text"/>		*Província de naixement/Provincia de nacimiento <input type="text"/>	
*E-MAIL: <input type="text"/>		*Telèfons/Teléfonos: <input type="text"/>	
DESITJA REALITZAR EL CURS DE OPERADOR RESTRINGIT DEL S.M.S.S.M DESEA REALIZAR EL CURSO DE OPERADOR RESTRINGIDO DEL S.M.S.S.M			
En la convocatòria del /En la convocatoria del: Del 27/05/2024 al 27/06/2024			
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 EN VIGOR.			
<input type="checkbox"/> DECLARACIÓ RESPONSABLE DE REONEIXEMENT SOBRE CONEIXEMENT DE L'IDIOMA ESPANOL, 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 EN VIGOR (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 EN VIGOR O, DECLARACIÓN RESPONSABLE DE POSEER LA APTITUD FÍSICA QUE PERMITA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.			
<input type="checkbox"/> TÍTOL PROFESSIONAL DE PONT. CERTIFICAT D'EXAMEN O TÍTOL ACADÈMIC PER A L'OBTENCIÓ D'UN TÍTOL PROFESSIONAL DE PONT. / TÍTULO PROFESIONAL DE PUENTE. CERTIFICADO DE EXAMEN O TÍTULO ACADÉMICO PARA LA OBTENCIÓN DE UN TÍTULO PROFESIONAL DE PUENTE.			
<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 style="text-align: center;">REGISTRE D'ENTRADA REGISTRO DE ENTRADA</td></tr><tr><td style="text-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 - ALICANT			
Alacant / Alicante <input type="text"/> de <input type="text"/> de 2024	<input type="text"/> Signatura / Firma		
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 orgánica 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.			