



# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN



“ASTIGI IN EUROPE”  
MOVILIDADES CORTA DURACIÓN 15 DÍAS (AÑO 2024)

2023-1-ES01-KA121-VET-000119151

DATOS PERSONALES			
N.I.F. / C.I.F.		APELLIDOS Y NOMBRE	
DIRECCIÓN		CÓDIGO POSTAL	GÉNERO
POBLACIÓN	PROVINCIA	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	E-MAIL	
¿ TIENES UN GRADO DE DISCAPACIDAD RECONOCIDA SUPERIOR O IGUAL AL 33%?			
Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	
<i>En caso afirmativo, se debe adjuntar a la solicitud documentación acreditativa de esta circunstancia.</i>			
DATOS ACADÉMICOS			
NOMBRE DEL CENTRO EN EL QUE CURSAS O HAS CURSADO TUS ESTUDIOS DE FP GRADO MEDIO, FP BÁSICA O CURSO DE FPE/TALLER EMPLEO			
POR FAVOR, DETALLA QUÉ MÓDULO DE GRADO MEDIO, FP BÁSICA, CURSO FPE O TALLER DE EMPLEO ESTÁS CURSANDO O HAS CURSADO			
BECAS DE MOVILIDAD EN EMPRESAS EUROPEAS			
SEÑALA LA OPCIÓN MÁS ADECUADA			
A.- DECLARO QUE:			
ESTOY MATRICULADO EN 1º CURSO DE UN CF GRADO MEDIO .....		<input type="checkbox"/>	
ESTOY MATRICULADO EN 1º CURSO DE FP BÁSICA .....		<input type="checkbox"/>	
SOY o SERÉ RECIÉN TITULADO DE UN CURSO FPE CERTIFICADO PROFESIONALIDAD		<input type="checkbox"/>	
SOY o SERÉ RECIÉN TITULADO DE UN TALLER DE EMPLEO.....		<input type="checkbox"/>	
B.- DECLARO QUE ESTOY INTERESADO/A EN PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO EUROPEO DE MOVILIDAD PARA REALIZAR PRÁCTICAS EN EMPRESAS DE PORTUGAL DURANTE EL PERÍODO			
JUNIO 2024 (15 DÍAS) .....		<input type="checkbox"/>	
C.- DECLARO QUE CUMPLIRÉ LOS REQUISITOS DE VACUNACIÓN NECESARIOS SI ASÍ LO EXIGIERAN LAS AUTORIDADES SANITARIAS			
D.- DESCRIBE CUÁLES SON LOS MOTIVOS POR LOS QUE TE GUSTARÍA OPTAR A UNA DE LAS BECAS			
E.- DECLARO QUE HE SIDO INFORMADO/A SOBRE CUÁLES SON LOS COSTES DE LA ESTANCIA FINANCIADOS POR LA BECA Y DEL HECHO DE QUE ÉSTA NO ES SUFICIENTE PARA CUBRIR TODOS LOS GASTOS.			

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024

Fdo.: