

2025-1-ES01-KA131-HED-000308186

DATOS PERSONALES						
N.I.F. / C.I.F.		APELLIDOS Y NOMBRE				
DIRECCIÓN			CÓDIGO POSTAL			
POBLACIÓN	PROVINCIA	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD			
TELÉFONO	MÓVIL	E-MAIL				
¿TIENES UN GRADO DE DISCAPACIDAD RECONOCIDA SUPERIOR AL 33%?						
Sí ☐ No ☐		En caso afirmativo, debes adjuntar a la solicitud documentación acreditativa de esta circunstancia.				
DATOS ACADÉMICOS						
NOMBRE DEL CENTRO EN EL QUE CURSAS O HAS CURSADO TUS ESTUDIOS DE GRADO SUPERIOR						
POR FAVOR, DETALLA QUÉ MÓDULO DE GRADO SUPERIOR ESTÁS CURSANDO O HAS CURSADO						
BECAS DE MOVILIDAD EN EMPRESAS EUROPEAS						
SEÑALA LA OPCIÓN MÁS ADECUADA						
A.- DECLARO QUE: ESTOY MATRICULADO EN 2º CURSO DE UN CF GRADO SUPERIOR ☐ SOY o SERÉ RECIÉN TITULADO/A DE UN CF GRADO SUPERIOR..... ☐ B.- DECLARO QUE ESTOY INTERESADO/A EN PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO EUROPEO DE MOVILIDAD PARA REALIZAR PRÁCTICAS EN EMPRESAS DE EUROPA EN EL PERÍODO ENERO A ABRIL DE 2025 (90 DÍAS)..... ☐ MARZO A JUNIO DE 2025 (90 DÍAS)..... ☐ C.- SELECCIONA LOS DOS DESTINOS A LOS QUE TE GUSTARÍA HACER LA MOVILIDAD SEÑALANDO CON UN "1" EL DESTINO PREFERIDO Y CON UN "2" EL QUE OCUPA EL SEGUNDO LUGAR EN EL ORDEN DE PREFERENCIA (recuerda que debes tener el nivel de idiomas mínimo requerido en las bases de convocatoria para poder viajar al país seleccionado) <table border="1"> <tr> <td>ITALIA</td> <td>PORTUGAL</td> <td>FRANCIA</td> </tr> </table> En _____ a _____ de _____ de 2025 Fdo.:				ITALIA	PORTUGAL	FRANCIA
ITALIA	PORTUGAL	FRANCIA				