



HOJA DE INSCRIPCIÓN AL CURSO (EVENTO FORMATIVO)			
Código de Curso:			
Título:	COMO PROTEGER LA INNOVACIÓN; NOMBRES COMERCIALES/MARCAS/ PROPIEDAD INDUSTRIAL/DISEÑO INDUSTRIAL Y PATENTES.		
Fecha:		Nº Total Horas	3
Horario:	10:00-13:00		
Lugar de impartición:	CADE Tomares		
Tipo de formación:	Gestión Empresarial Básica		
Modalidad:	Presencial		

Datos a cumplimentar por el alumnado. Por favor cumplimenten todos los datos que se solicitan y entregue en el CADE.

DATOS DEL ALUMNADO	
NOMBRE Y APELLIDOS	
SEXO	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
D.N.I.	
NACIONALIDAD	Española <input type="checkbox"/> Extranjera (especificar nacionalidad) <input type="checkbox"/>
CORREO ELECTRÓNICO	
DOMICILIO (Localidad, Provincia, CP)	
TELÉFONOS DE CONTACTO	
¿Ha sido usuario del CADE con anterioridad?	SI <input type="checkbox"/> (en este caso especificar CADE al que está adscrito si procede) NO <input type="checkbox"/>
SITUACIÓN EN EL MERCADO LABORAL	Persona Empleada <input type="checkbox"/>
	Persona Autoempleada <input type="checkbox"/>
	Persona Desempleada de menos de un año <input type="checkbox"/>
	Persona Desempleada de más de un año <input type="checkbox"/>
	Persona inactiva por estudios (no está en disposición de trabajar) <input type="checkbox"/>
	Persona inactiva por otros motivos (no está en disposición de trabajar) <input type="checkbox"/>
EDAD	Fecha de nacimiento (dia/mes/año) (/ /)
	Jóvenes (15 -24) <input type="checkbox"/>
	25 – 54 <input type="checkbox"/>
	Mayores (más de 55) <input type="checkbox"/>
GRUPOS VULNERABLES	Inmigrante <input type="checkbox"/>
	Minoría étnica <input type="checkbox"/>
	Persona con Discapacidad <input type="checkbox"/>
	Otros grupos desfavorecidos <input type="checkbox"/>
NIVEL DE ESTUDIOS	Sin estudios <input type="checkbox"/>
	Educación Primaria o Secundaria Inferior (ESO) <input type="checkbox"/>
	Educación Secundaria Superior(Bachillerato, FP Grado Medio) <input type="checkbox"/>
	Educación Post secundaria no Terciaria (Grado, Diplomatura, Licenciatura FP Grado Superior) <input type="checkbox"/>
CARGAS FAMILIARES	Con personas en situación de dependencia o a su cargo. <input type="checkbox"/>
	Sin personas en situación de dependencia <input type="checkbox"/>
DATOS DE LA EMPRESA SI PROCEDE	
Nombre Empresa/Entidad a la que pertenece:	
Sector de actividad	Agricultura y Pesca <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Industria <input type="checkbox"/> NNTT <input type="checkbox"/> Servicios <input type="checkbox"/>
TIPO DE ENTIDAD	Empresas (Pymes) <input type="checkbox"/> 3ºsector(economía ONG) <input type="checkbox"/> Entidad Pública <input type="checkbox"/> Red. Asociación <input type="checkbox"/> Persona empresaria individual o autónoma <input type="checkbox"/>

En _____ a, _____ Firma del alumno/a: