



**ANEXO**  
**SOLICITUD DE EXENCIÓN DE ACTIVIDAD FORMATIVA**

|  |                |   |                    |        |                     |          |          |        |
|--|----------------|---|--------------------|--------|---------------------|----------|----------|--------|
| <b>1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE</b> |                |   |                    |        |                     |          |          |        |
| PRIMER APELLIDO                          |                | SEGUNDO APELLIDO  |                    |        | NOMBRE              |          |          |        |
| DNI/NIE                                  |                | SEXO<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |                    |        | FECHA DE NACIMIENTO |          |          |        |
| DOMICILIO                                |                |   |                    |        |                     |          |          |        |
| TIPO VÍA                                 | NOMBRE VÍA     |   | KM VÍA             | NÚMERO | LETRA               | ESCALERA | PISO     | PUERTA |
| MUNICIPIO                                |                |   | PROVINCIA          |        | PAÍS                |          | C.POSTAL |        |
| TELÉFONO FIJO                            | TELÉFONO MÓVIL | FAX   | CORREO ELECTRÓNICO |        |                     |          |          |        |

|   |   |
|---|---|
| <b>2</b>  | <b>CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE:</b> (Marcar una de las opciones) |
| <input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Identidad. |   |
| <input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE.   |   |

|  |   |
|--|---|
| <b>3</b>   | <b>DATOS DEL CURSO PARA EL QUE SE SOLICITA EXENCIÓN DE ACTIVIDAD FORMATIVA.</b> (Artículo 18.2, R.D. 1311/2012) |
| <input type="checkbox"/> Aplicador de Productos Fitosanitarios, Nivel Cualificado. |   |

|   |   |
|---|---|
| <b>4</b>  | <b>DOCUMENTACIÓN APORTADA.</b> (Todos los documentos aportados serán copias compulsadas. Marcar lo que proceda) |
| <input type="checkbox"/> DNI/ NIE del solicitante.  |   |
| <input type="checkbox"/> Titulación habilitante, titulación de formación profesional o certificados de profesionalidad. |   |
| <input type="checkbox"/> Certificación académica oficial de asignaturas cursadas.                                       |   |
| <input type="checkbox"/> Programación didáctica.  |   |

|   |  |
|---|--|
| <b>5</b>  | <b>DECLARACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA.</b> |
| El/la solicitante abajo firmante <b>DECLARA</b> que son ciertos cuantos datos figuran en este impreso y <b>SOLICITA</b> la exención indicada. |  |
| En..... a ..... de ..... 20.....  |  |
| Fdo: ..... (indicar el nombre y firmar)   |  |

**ILMO/A SR/A PRESIDENTE/A DEL I.F.A.P.A. (Servicio de Formación)**  
Edificio de Servicios Múltiples los Bermejales. Avda. de Grecia s/n. 41012 SEVILLA..

**PROTECCIÓN DE DATOS.**  
En cumplimiento con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el I.F.A.P.A le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/ impreso/ formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados para su tratamiento en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tiene como finalidad la tramitación de las solicitudes e inscripción en el registro correspondiente.  
De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación y oposición dirigiendo un escrito ante el I.F.A.P.A. A la siguiente dirección: IFAPA. Edificio de Servicios Múltiples los Bermejales. Avda. de Grecia s/n. 41012 SEVILLA..