**Formulario de aplicación**

Taller Regional sobre Ephyto

Título: "Intercambio de Experiencias en Sistemas de Certificación Fitosanitaria Electrónica"

Fechas del taller: 11 al 13 de Septiembre de 2018

Lugar: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Palacio San Martín, Cancillería Argentina

**PARTE UNO: DETALLES DE LA PERSONA SOLICITANTE**

Datos Personales

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Título | Dr/Lic/Sr/Otros (favor marcar el correcto) | | |
| Apellido |  | | |
| Nombre |  | | |
| Género |  | Fecha de nacimiento (dd/mm/año) |  |
| Nacionalidad |  | Gobierno que representa |  |
| Número de Pasaporte |  | Fecha de expiración del Pasaporte (dd/mm/año) |  |

Datos de Contacto

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| País |  | | | Estado/Provincia |  | | Ciudad/Pueblo |  |
| Dirección de la Oficina |  | | | | | | | |
|  | | | | | | Código Postal |  |
| Aeropuerto de partida |  | | | | Regreso a |  | | |
|  | Código  País | Código  Área | Número | | Correo Electrónico | |  | |
| No. Teléfono |  |  |  | |
| Móvil |  |  |  | | Otro correo | |  | |
| No. Fax |  |  |  | |

NOTA: *Favor tipear o escribir claramente en letras mayúsculas. No dejar espacios en blanco. Usar N/C donde corresponda.* Aquellos formularios incompletos no serán aceptados.

Persona para notificar en caso de emergencia

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre/Apellido |  | | | Relación | |  |
| Email |  | Teléfono | Código País | | Código de Área | Número |
|  | |  |  |

Empleo / Organización

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Organización | Departamento | Breve descripción del puesto y Responsabilidades |
|  |  |  |
|  |  |  |

Asistencia Previa

|  |  |
| --- | --- |
| Has participado alguna vez de una actividad patrocinada por el Fondo Argentino de Cooperación o has participado en algún proyecto con Argentina previamente? En caso afirmativo, fecha y nombre de la actividad. | Sí/No |
|  | |

**PARTE DOS: DECLARACIÓN**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del participante País/Territorio que representa

Declaro que:

1. Toda la información provista es verdadera, complete y exacta en lo que a mi conocimiento respecta.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Día Firma