



**ENCUESTA SOBRE PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES  
DEL COB- CLM y ACTUALIZACIÓN DE SITUACIÓN PROFESIONAL**

**NOMBRE Y APELLIDOS:**

**DIRECCIÓN:**

**LOCALIDAD:**

**TELEFONO:**

**C.P:**

**PROVINCIA:**

**correo-e:**

Titulación .....

LICENCIADO

DOCTOR

**Situación laboral actual:**  EN ACTIVO (señalar con una X en la tabla)  EN PARO

<b>CENTRO DE TRABAJO/SITUACIÓN LABORAL</b>	
<input type="checkbox"/> Profesor de Universidad	<input type="checkbox"/> Servicios no sanitarios <input type="checkbox"/> Investigación no univ. <input type="checkbox"/> Consultoría <input type="checkbox"/> Museos <input type="checkbox"/> Otros
<input type="checkbox"/> Enseñanza no Universitaria <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> No reglada /adultos	<input type="checkbox"/> Sector primario <input type="checkbox"/> Explot. Agropecuaria <input type="checkbox"/> Piscifactoría <input type="checkbox"/> Otros ...
<input type="checkbox"/> Industria <input type="checkbox"/> Farmacéutica <input type="checkbox"/> Agroalimentaria <input type="checkbox"/> Química <input type="checkbox"/> Otras	<input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Técnico en la Administración <input type="checkbox"/> Becario ...
<input type="checkbox"/> Sanidad <input type="checkbox"/> Hospital / clínica <input type="checkbox"/> Laboratorio	

**Sector en el que desarrolla su actividad:**  Público  Privado por cuenta ajena  Empresario

**¿Deseas participar como docente en cursos organizados por/ a través del COB-CLM?**

Sí

No

En caso afirmativo y en función de tu experiencia profesional ¿en cursos de qué área de conocimiento consideras que podrías participar como docente? Señala 2 como máximo.

<input type="checkbox"/> Biología General	<input type="checkbox"/> Farmacología / Toxicología	<input type="checkbox"/> Alimentación / Nutrición
<input type="checkbox"/> Zoología	<input type="checkbox"/> Bioquímica /B. Molecular	<input type="checkbox"/> Ecología / Medio ambiente/EIA
<input type="checkbox"/> Biología Vegetal	<input type="checkbox"/> Genética	<input type="checkbox"/> Antropología /Paleontología
<input type="checkbox"/> Microbiología /Parasitología Virología	<input type="checkbox"/> Producción Animal / Zootecnia	<input type="checkbox"/> Biología Clínica
<input type="checkbox"/> Citología / Histología	<input type="checkbox"/> Producción Vegetal / Fitotecnia	<input type="checkbox"/> Técnicas de laboratorio

¿Qué tipo de cursos te gustaría (o necesitas) recibir como complemento formativo o requisito profesional?

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

¿Deseas participar en las comisiones de trabajo del COB de Castilla La Mancha o expresar tu opinión sobre asuntos de las mismas?

Sí

No

En caso afirmativo. ¿en cuál/es de la/s posibles comisiones?

ENSEÑANZA

UNIVERSIDAD-INVESTIGACIÓN

OTRAS.....

SANIDAD

MEDIO AMBIENTE

INDUSTRIA

COMUNICACIONES-PUBLICACIONES

fecha:

Firmado.:

(por favor: remite el cuestionario una vez cumplimentado al **COB de Castilla La Mancha: Avda. Boladiez, 165 local 10 bajo; 45007 TOLEDO**) o por correo a [cobclm@cobcastillalamancha.org](mailto:cobclm@cobcastillalamancha.org)