



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

NOMBRE Y APELLIDOS:

DIRECCIÓN:

LOCALIDAD:

TELEFONO:

C.P.:

PROVINCIA:

E-MAIL:

Titulación

LICENCIADO

DOCTOR

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

CENTRO DE TRABAJO/SITUACIÓN LABORAL	
<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"/> Piscifactoria <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, 1 bajo; 45007 TOLEDO)