**Declaración responsable del cumplimiento de los requisitos para** **solicitar la exención del módulo de prácticas profesionales no laborales**

**Datos del solicitante**

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellidos y nombre** |  |
| **DNI/NIE** |  |

**** **Documentación** para personas **trabajadoras por cuenta propia (Autónomas)** (marque la casilla si procede)

 Informo que he estado de alta en la Seguridad Social en el régimen autónomo con estas condiciones:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Período de inscripción** | **Actividad** | **Tareas desarrolladas** |
| De: \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Hasta:\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| **Jornada laboral** |  | **Observaciones** |
| Horario semanal: |  |  |

** Documentación para personas trabajadoras por cuenta ajena** (marque la casilla si procede)

**Documentación** **para personas voluntarias o becarios** (marque la casilla si procede)

Sólo en caso de no poder presentar la copia certificada o la simple copia con la declaración jurada de autenticidad del Certificado de empresa o entidad deberá rellenar los siguientes datos:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de la empresa o entidad** | **CIF/NIE** |
|  |  |
| **Domicilio social** | **Código postal** |
|  |  |
| **Número de teléfono** | **Ciudad/Provincia** |
|  |  |
| **Actividad de empresa o entidad** |
|  |

**Datos laborales**

|  |  |
| --- | --- |
| **Profesión/función** |  |
| **Fecha alta** | \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Fecha alta** | \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Horas semanales** |  |  |
| **Tareas desarrolladas** |

Y, para que conste, firma esta declaración responsable.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 202

[Sello de empresa/empresa, si corresponde)

[Firma]

[Nombre y apellidos]