

**DECLARACIÓ RESPONSABLE DEL COMPLIMENT DELS REQUISITS PER SOL·LICITAR
L'EXEMPCIÓ DEL MÒDUL DE PRÀCTIQUES PROFESSIONALS NO LABORALS**

DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT

1^{er} Llinatge	
2ⁿ Llinatge	
Nom	
DNI/NIE:	

DOCUMENTACIÓ PER A PERSONES TREBALLADORES PER COMPTE PROPI (marcau la casella, si escau)

Inform que he estat d'alta a la Seguretat Social en el règim autònom amb aquestes condicions:

Període d'alta	Des de <input type="text"/>	Fins a <input type="text"/>
Activitat		
Tasques desenvolupades		
Jornada laboral		
Hores setmanals		
Observacions		

DOCUMENTACIÓ PER A PERSONES TREBALLADORES PER COMPTE D'ALTRI (marcau la casella, si escau)

DOCUMENTACIÓ PER A PERSONES VOLUNTÀRIES O BECÀRIES (marcau la casella, si escau)

NOMÉS en el cas de no poder presentar la còpia compulsada o la còpia simple amb la declaració jurada d'autenticitat de la certificació de l'empresa o l'entitat, heu d'emplenar les dades següents:

DADES DE L'EMPRESA O ENTITAT	
NOM EMPRESA O ENTITAT	CIF/NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ADREÇA SOCIAL	CODI POSTAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>
LOCALITAT / PROVÍNCIA	NÚMERO DE TELÈFON
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACTIVITAT DE L'EMPRESA O ENTITAT	
<input type="text"/>	

DADES LABORALS	
PROFESSIÓ / FUNCIÓ	<input type="text"/>
DATA D'ALTA	<input type="text"/>
DATA DE BAIXA	<input type="text"/>
HORES SETMANALS	<input type="text"/>
TASQUES DESENVOLUPADES	
<input type="text"/>	

DECLARACIÓ:

La persona sota-signant declara que són certes les dades que figuren en aquesta declaració responsable.

, a de/d' de 20

[Signatura original] [Nom i Llinatges]

[Segell empresa/entitat, si escau]