

DECLARACIÓN RESPONSABLE DE CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS PARA SOLICITAR LA EXENCIÓN DEL MÓDULO DE PRÁCTICAS PROFESIONALES NO LABORALES

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

1^{er} Apellido	<input type="text"/>
2^{do} Apellido	<input type="text"/>
Nombre	<input type="text"/>
DNI/NIE:	<input type="text"/>

DOCUMENTACIÓN PARA PERSONAS TRABAJADORAS POR CUENTA PROPIA (marque la casilla, si procede)

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

Período de alta	Desde <input type="text"/>	Hasta <input type="text"/>
Actividad	<input type="text"/>	
Tareas desarrolladas	<input type="text"/>	
Jornada laboral	<input type="text"/>	
Horas semanales	<input type="text"/>	
Observaciones	<input type="text"/>	

DOCUMENTACIÓN PARA PERSONAS TRABAJADORAS POR CUENTA AJENA (marque la casilla, si procede)

DOCUMENTACIÓN PARA A PERSONAS VOLUNTARIAS O BECARIAS (marque la casilla, si procede)

ÚNICAMENTE en el caso de no poder presentar la copia compulsada o la copia simple con la declaración jurada de autenticidad de la certificación de empresa o entidad, debe rellenar los datos siguientes:

DATOS DE LA EMPRESA O ENTIDAD	
NOMBRE DE EMPRESA O ENTIDAD	CIF/NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>
DIRECCIÓN SOCIAL	CÓDIGO POSTAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>
LOCALIDAD / PROVINCIA	NÚMERO DE TELÉFONO
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACTIVIDAD DE LA EMPRESA O ENTIDAD	
<input type="text"/>	

DATOS LABORALES	
PROFESIÓN / FUNCIÓN	<input type="text"/>
FECHA DE ALTA	<input type="text"/>
FECHA DE BAJA	<input type="text"/>
HORAS SEMANALES	<input type="text"/>
TAREAS DESARROLLADAS	
<input type="text"/>	

DECLARACIÓN:

La persona abajo firmante declara que son ciertas los datos que figuran en esta declaración responsable.

, a de de 20

[Firma original] [Nombre y apellidos]

[Sello empresa/entidad, si procede]