

DECLARACIÓ RESPONSABLE PER A TREBALLADORS PER COMPTE D'ALTRI

| | |
|-------------------|---|
| DESTINACIÓ | Institut de les Qualificacions Professionals de les Illes Balears |
| CODI DIR3 | A04021477 |

SOL·LICITANT

| | | | |
|---------------|-----------|------------|--|
| DNI/NIE | | Nom | |
| Llinatge 1 | | Llinatge 2 | |
| Adreça postal | | | |
| Codi postal | Localitat | Municipi | |
| Província | | País | |

DECLAR:

1. Que he desenvolupat l'activitat econòmica, ofici o professió següent durant els períodes de temps que es detallen a continuació:

| <i>Nom de l'empresa</i> | <i>Activitats i funcions desenvolupades (amb relació a les unitats de competència de la qualificació professional en què m'inscriu)</i> | <i>Tipus de jornada (nombre d'hores setmanals)</i> | <i>Data d'inici</i> | <i>Data de finalització</i> |
|-------------------------|---|--|---------------------|-----------------------------|
| | | | | |

2. Que complec els requisits establerts en el Reial decret 1224/2009, de 17 de juliol, modificat pel Reial decret 143/2021, de 9 de març.
3. Que són certes les dades que figuren en aquesta declaració a l'efecte de presentar-la per a la justificació de l'historial professional en el procediment de reconeixement, avaluació i acreditació de les competències professionals de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears.

_____, ____ d _____ de _____

[rúbrica]