

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	
2^o 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	Fins a
Activitat		
Tasques desenvolupades		
Jornada laboral		
Hores setmanals		
Observacions		

☐ **DOCUMENTACIÓ PER A PERSONES TREBALLADORES PER COMPTE D'ALTRE** (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
ADREÇA SOCIAL	CODI POSTAL
LOCALITAT/PROVÍNCIA	NÚMERO DE TELÈFON
ACTIVITAT DE L'EMPRESA O ENTITAT	

DADES LABORALS	
PROFESSIÓ/FUNCIÓ	
DATA D'ALTA	DATA DE BAIXA
HORES SETMANALS	
TASQUES DESENVOLUPADES	

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]