

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	

QUALIFICACIÓ PROFESSIONAL

Codi qualificació		Nom qualificació	
-------------------	--	------------------	--

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]