

DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA TRABAJADORES AUTÓNOMOS O POR CUENTA PROPIA

DESTINO	Instituto de las Cualificaciones Profesionales de las Illes Balears
CÓDIGO DIR3	A04021477

SOLICITANTE

DNI/NIE	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>
Apellido 1	<input type="text"/>	Apellido 2	<input type="text"/>

CUALIFICACIÓN PROFESIONAL

Código cualificación	<input type="text"/>	Nombre cualificación	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

DECLARO:

1. Que estoy incluido en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos, con domicilio , y que he desarrollado la actividad económica, oficio o profesión siguiente durante los periodos de tiempo que se detallan a continuación:

<i>Actividades y funciones desarrolladas (vinculadas a la cualificación profesional solicitada)</i>	<i>Fecha inicio y finalización</i>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Que cumpla los requisitos establecidos en el Real Decreto 659/2023, de 18 de julio, por el que se desarrolla la ordenación del Sistema de Formación Profesional.
3. Que dispongo de la documentación que acredita lo que he declarado anteriormente y que la pondré a disposición de la Administración cuando me sea requerida.
4. Que son ciertos los datos que figuran en esta declaración a efectos de presentarlos para la justificación profesional del historial profesional en el procedimiento de reconocimiento, evaluación y acreditación de las competencias profesionales de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears.

, de de

Firma

