

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	<input type="text"/>	Nom	<input type="text"/>
Llinatge 1	<input type="text"/>	Llinatge 2	<input type="text"/>

QUALIFICACIÓ PROFESSIONAL

Codi qualificació	<input type="text"/>	Nom qualificació	<input type="text"/>
-------------------	----------------------	------------------	----------------------

DECLAR:

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

Nom de l'empresa	Activitats i funcions desenvolupades (vinculades a la qualificació professional sol·licitada)
<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 complesc els requisits establerts en el Reial decret 659/2023, de 18 de juliol, per el que es desenvolupa l'ordenació del Sistema de Formació Professional.
3. Que són certes les dades que figuren en aquesta declaració a l'efecte de presentar-la per a la justificació provisional 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

Signatura

