

DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA LA SOLICITUD DE EXENCIÓN DEL MÓDULO DE FORMACIÓN PRÁCTICA EN CENTROS DE TRABAJO PARA TRABAJADORES POR CUENTA AJENA EN EMPRESAS CUYA RAZÓN SOCIAL HA DESAPARECIDO

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellidos y Nombre		D.N.I./ N.I.E	
Dirección		Teléfono	
Localidad	E-mail		

DATOS LABORALES

Empresa			
Número Afiliación S.S		Ocupación	
Fecha de Alta	Fecha de Baja	Nº de Horas Semana	

TAREAS
REALIZADAS

DECLARO

1.- Que son ciertos los datos consignados a efectos de la solicitud de la exención del módulo de formación práctica en centros de trabajo del Certificado de Profesionalidad

CERTIFICADO DE
PROFESIONALIDAD

2.- Que la razón social de la empresa ha desaparecido y por este motivo no me es posible obtener el Certificado de Empresa para la solicitud de exención del módulo de formación práctica en centros de trabajo para trabajadores por cuenta ajena.

3.- Que adjunto Informe de Vida Laboral y Contrato de Trabajo.

4.- Que he adquirido todas las capacidades descritas en el módulo de prácticas profesionales correspondiente al Certificado anteriormente citado

_____ , a _____ de _____ de _____

Firma