



**Junta de
Castilla y León**
Consejería de Educación



Unión Europea
Fondo Social Europeo
"El FSE invierte en tu futuro"



SOLICITUD DE EXENCIÓN DEL MÓDULO PROFESIONAL DE "FORMACIÓN EN CENTROS DE TRABAJO"

D/D^a _____ e-mail _____
 DNI/NIE _____ Teléfono _____ Teléfono Móvil _____
 Domicilio _____
 Población _____ Provincia _____ Código Postal _____

EXPONE:

1. Que se encuentra matriculado/a en el Centro educativo:

Localidad _____ Provincia _____
 en el ciclo formativo de grado _____ denominado _____

2. Que acredita una experiencia laboral de:

SOLICITA:

A tal efecto presenta la siguiente documentación:

En el caso de trabajadores por cuenta ajena:

- Contrato de trabajo o certificación de la empresa donde hay adquirido la experiencia laboral en la que conste específicamente la duración de los periodos de prestación del contrato, la actividad desarrollada y el intervalo de tiempo en el que se ha desarrollado dicha actividad.
- Certificado de la Tesorería General de la Seguridad Social, del Instituto Social de la Marina o de la mutualidad laboral a la que estuviera afiliado el alumno, donde conste la empresa, la categoría laboral (grupo de cotización) y el periodo de contratación.

En el caso de trabajadores por cuenta propia:

- Declaración responsable del interesado que contemple la descripción de la actividad desarrollada y el intervalo de tiempo en el que ésta se ha realizado.
- Certificación de la Tesorería General de la Seguridad Social o del Instituto Social de la Marina, de los periodos de alta en la Seguridad Social en el régimen especial correspondiente.

En el caso de trabajadores voluntarios o becarios

- Certificación de la Organización donde se haya prestado la asistencia en la que consten, las actividades y funciones realizadas, el año en que se han realizado y el número total de horas dedicadas a éstas. En el caso concreto de los voluntarios se hará en los términos de la Ley 6/1996, de 15 de enero, del voluntariado, y la Ley 8/2006, de 10 de octubre, del Voluntariado de Castilla y León.

_____ a _____ de _____ de _____

Firmado: _____

SR./SRA. DIRECTOR/A DEL CENTRO EDUCATIVO _____

De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la LO 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de carácter Personal, los datos aportados en este formulario serán incorporados a un fichero para su tratamiento automatizado. Le comunicamos que podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a la Dirección General de Formación Profesional en la Avenida del Monasterio de Nuestra Señora de Prado s/n, C.P. 47014, Valladolid.

Para cualquier consulta relacionada con la materia del procedimiento o para sugerencias de mejora de este impreso, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012.