



**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 en el Centro educativo: C.I.F.P. "SANTA CATALINA"
Localidad Aranda de Duero, provincia Burgos.

en el ciclo formativo de grado _____ denominado _____

2. Que acredita una experiencia laboral de :

SOLICITA:

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

A tal efecto presenta la siguiente documentación

- **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.
- **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.
 - El 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.
- **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. DIRECTOR/A DEL CENTRO EDUCATIVO C.I.F.P. SANTA CATALINA – ARANDA DE DUERO

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 de procedimiento o para sugerencias de mejora del procedimiento o para sugerencias de mejora de este impreso, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012.2.

