ANEXO V



### Solicitud de Exención del Módulo de Formación en centros de trabajo

**DATOS PERSONALES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Apellidos | Nombre | Documento de identidad | email |
| Domicilio: | Código postal y Municipio | Provincia | Teléfono |

|  |
| --- |
| **EXPONE:** Que está cursando en el Centro docente CIFP CARLOS III el Ciclo Formativo Desarrollo de Aplicaciones Multiplataforma (modalidad distancia) y se halla matriculado en el módulo Formación en Centros de Trabajo de dicho ciclo formativo certificado y que acredita un experiencia laboral de ……………….  **SOLICITA:** La exención de dicho módulo para lo que adjunta la documentación siguiente(fotocopia compulsada):  **TRABAJADORES POR CUENTA AJENA**:   * Certificado de la empresa o empresas donde haya adquirido la experiencia laboral en la que consta específicamente la duración de los periodos de prestación del contrato, la actividad desarrollada y el intervalo de tiempo en que se ha realizado dicha actividad. * Certificado de la Tesorería de la Seguridad Social , del Instituto Social de la Marina o de la mutualidad donde estuviera afiliado, donde conste la empresa, la categoría laboral (grupo de cotización)y el periodo de contratación * Otros documentos:   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA:**   * Certificado de la Tesorería de la Seguridad Social, del Instituto Social de la Marina de los periodos de alta en la seguridad social en el régimen especial correspondiente. * Declaración del interesado de la actividad desarrollada e intervalo de tiempo en el que se ha realizado. * Otros documentos:   .\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **TRABAJADORES VOLUNTARIOS O BECARIOS:**   * Certificación de la organización donde se ha prestado la asistencia en el que constan, específicamente las actividades y funciones realizadas, el año en que se han realizado y las horas dedicadas a las mismas. |

En ............................................................................................... a .................... de ..................................................................................................... de 20..........

Fdo.: ...........................................................................................................

**SR/SRA. DIRECTOR/A DEL CENTRO FRANCISCO JOSÉ HERNÁNDEZ PÉREZ**