

**REGISTRO DE ENTRADA Nº**

**FECHA DE ENTRADA**

**FECHA DE ENTRADA**

**ANEXO VI**

**SOLICITUD DE EXENCIÓN DE LAS PRÁCTICAS EN EMPRESA DUALIZADAS EN LOS MÓDULOS FORMATIVOS**

**DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A**

Apellidos: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. Nombre: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

NIF/NIE: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.Teléfono: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Dirección: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

**EXPONE:**

Que está cursando en el Centro docente CEFOR IZQUIERDO el Ciclo Formativo/ Enseñanza Deportiva Elija un elemento. , curso Elija un elemento..

Que acredita una experiencia laboral como Haga clic o pulse aquí para escribir texto. durante Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Que adjunta la siguiente documentación para acreditar la solicitud:

**TRABAJADORES POR CUENTA AJENA**:

Contrato de trabajo o 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.

Certificación de la Tesorería General de la Seguridad Social, del Instituto Social de la Marina o de la mutualidad a la que estuviera afiliado, donde conste la empresa, la categoría laboral (grupo de cotización) y el periodo de contratación.

**TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA:**

Certificado 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.

Certificación en la que se describe la actividad desarrollada e intervalo de tiempo en el que se ha realizado.

**TRABAJADORES VOLUNTARIOS O BECARIOS:**

Certificación de la organización donde se ha prestado la asistencia en la que constan, específicamente las actividades y funciones realizadas, el año en que se han realizado y el número total de horas dedicadas a las mismas.

Por lo que,

**SOLICITA:**

La exención TOTAL o PARCIAL de las prácticas en empresa de los módulo profesionales que corresponda.

En ZARAGOZA . a Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.



Fdo.: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

**SRA. DIRECTOR/A DEL CENTRO CEFOR IZQUERDO**