

A DADES D'IDENTIFICACIÓ / DATOS DE IDENTIFICACIÓN

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI / NIE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DOMICILI (CARRER / PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		
<input type="text"/>		
CODI POSTAL / CÓDIGO POSTAL	LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

B DECLARACIÓ / DECLARACIÓN

Que es troba inclòs en el règim especial de
Que se encuentra incluido en el régimen especial de

amb domicili a
con domicilio en

i que hi ha desenvolupat les funcions següents durant el període de temps que es detalla a continuació:

y que ha desarrollado en la misma las siguientes funciones durante el periodo de tiempo que se detalla a continuación:

ACTIVITAT DESENVOLUPADA / ACTIVIDAD DESARROLLADA	DATA INICI / FECHA INICIO	DATA FINAL / FECHA FINAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

La persona sotasignada declara que són certes totes les dades que figuren en aquest document, a l'efecte de justificació de l'històric professional relacionat amb les unitats de competència que pretén que li siguin acreditades en el procediment de reconeixement, avaluació i acreditació de la competència professional.

La persona abajo firmante declara que son ciertos cuantos datos figuran en el presente documento, a efectos de justificación del historial profesional relacionado con las unidades de competencia que pretende que le sean acreditadas en el procedimiento de reconocimiento, evaluación y acreditación de la competencia profesional.

, d de

La persona interessada /La persona interesada

Firma: