



CENTRO INTEGRADO  
DE FORMACIÓN  
PROFESIONAL  
CERDEÑO

## CERTIFICADO DE EMPRESA PARA LA SOLICITUD DE LA EXENCIÓN DEL MÓDULO FCT

REGISTRO DEL CENTRO

FECHA:

Nº ENTRADA:

D/Dña. \_\_\_\_\_

Gerente/Responsable de la Empresa: \_\_\_\_\_ con NIF: \_\_\_\_\_

### DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD:

Que el alumno/a: \_\_\_\_\_ con NIF: \_\_\_\_\_

Ha desempeñado las actividades profesionales que se indican a continuación en la Empresa arriba indicada y durante los periodos señalados:

Actividad desarrollada	Fecha Inicio (dd/mm/aa)	Fecha Fin (dd/mm/aa)	Total Horas /día	Periodo total (días)

La persona abajo firmante declara, bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuántos datos figuran en la presente declaración.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del responsable y sello de la Empresa:

**MUY IMPORTANTE.** Este documento solo será válido siempre y cuando estén todos los espacios del documento y todas las casillas de la tabla cumplimentados.

En la tabla, todas las casillas de una misma fila deben estar cumplimentadas con los datos que se solicitan. Si sobrasen filas de la tabla, en cada una de las casillas sobrantes se deberá indicar: **NA** (No Aplica).