

DECLARACIÓN RESPONSABLE

Nombre y Apellidos:

Con DNI:

Nacionalidad:

Dirección:

CP:

Localidad/Municipio:

Provincia:

País:

Ciclo Formativo:

Hace constar lo siguiente:

1. Aceptar de forma expresa, formal e incondicional los apartados establecidos en el Programa de Formación Profesional en el exterior.
2. No padecer enfermedad ni estar afectado/a por limitación física o psíquica incompatible con el desempeño de las correspondientes prácticas en el momento de aceptación de la plaza como participante del Formación Profesional en el exterior.
3. Estar empadronado/a en el municipio
Comunidad Autónoma de Canarias en los dos últimos años.
4. No estar expedientado/a por la Administración Pública.
5. No tener antecedentes migratorios en ningún país europeo.
6. No haber participado en ediciones anteriores del programa de formación profesional. Excepto los participantes que no renunciaron a la formación práctica de la última edición del programa.
7. Hacerse responsable de la veracidad de los datos personales y académicos incluidos en la solicitud y del cumplimiento de los requisitos establecidos en el Programa de Formación Profesional en el exterior.
8. Conocer y aceptar que, en cualquier momento del procedimiento, podrán requerir la aportación de los documentos originales justificativos de las circunstancias alegadas, así como cualquier otro necesario para poder comprobar el cumplimiento de los requisitos exigidos para participar en el Programa de Formación Profesional en el exterior.

FECHA:

FIRMA: