



DECLARACIÓN RESPONSABLE

Quien formula:

Con DNI:

Nacionalidad:

Dirección y CP:

Localidad/Municipio:

Provincia/ País

Hace constar lo siguiente:

1. Acepto de forma expresa, formal e incondicional los apartados establecidos en el programa de formación en negocios internacionales e idiomas para formación profesional en EEUU.
2. No padezco enfermedad ni estoy 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 programa de formación en negocios internacionales e idiomas para formación profesional en EEUU.
3. Estoy empadronado/a en el municipio _____ de la Comunidad Autónoma de Canarias desde el año _____.
4. He terminado mis estudios de formación profesional CICLO SUPERIOR hace menos de 18 meses.
5. No estoy expedientado/a por la Administración Pública.
6. No tengo antecedentes migratorios con EEUU.
7. Me hago 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 en negocios internacionales e idiomas para formación profesional en EEUU.
8. Conozco y acepto que, en cualquier momento del procedimiento, me podrán requerir que aporte 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 en negocios internacionales e idiomas para formación profesional en EEUU.

Fecha

Firmado: