

DECLARACIÓN DE SITUACIÓN DE LA ACTIVIDAD

Resolución de 4 de febrero de 2004, del Instituto Nacional de la Seguridad Social, sobre cumplimiento por los trabajadores por cuenta propia de la obligación establecida en el párrafo segundo del art. 12 del R.D. 1273/2003 de 10 de octubre (1) .

D. / D^a, con Número de Afiliación a la Seguridad Social, con D.N.I. / N.I.E / T.I.E....., y con domicilio en, **declara bajo su responsabilidad** que :

Es titular de un establecimiento mercantil, industrial o de otra naturaleza (2) Sí No

Que dicho establecimiento tiene su domicilio en
Que la actividad económica, oficio o profesión es la de, y que durante la situación de incapacidad temporal / Riesgo durante el embarazo o la lactancia natural (táchese la que no proceda) , la actividad queda en la siguiente situación:.....

1.- Gestionado por :

FAMILIAR EMPLEADO SOCIO OTRA PERSONA

D/D^a

Nº Afiliación a la Seguridad Social

Código de Cuenta de Cotización de la empresa

Parentesco

2.- Cese temporal o definitivo de la actividad durante la situación de incapacidad temporal / riesgo durante el embarazo o la lactancia natural (táchese lo que no proceda) , del titular del establecimiento.

3.- O por el contrario declara que se encuentra incluido en el Régimen especial de trabajadores por cuenta propia o autónomos en razón de la actividad económica/oficio/profesión de que se realiza en el domicilio sito en

En....., a..... de..... de 200.....

Firma del/la Solicitante

(1) La declaración deberá presentarse dentro de los 15 días siguientes a la fecha de la baja médica, en el caso de incapacidad temporal; 15 días siguientes a la suspensión de la actividad, en los supuestos de riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural.

(2) Si marca la casilla "Sí" deberá indicar el nombre del establecimiento. Si marca "No", deberá cumplimentar el punto 3.

De acuerdo con la normativa vigente sobre Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que sus datos serán incluidos en nuestros ficheros automatizados con la finalidad de prestarle servicios como Entidad Colaboradora de la Seguridad Social. Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación recogidos en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, puede dirigirse mediante escrito a Mutua de Navarra - Polígono de Landaben – Calle F nº 4 – 31012 – Pamplona.