

Certificado 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/Dña. _____, con Número de Afiliación a la Seguridad Social _____, con DNI/NIE _____ y con domicilio en _____ **CERTIFICA 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. Gestionada por Familiar Empleado Socio Otra persona

D/Dña. _____
Número de 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 certifica 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 _____

(1) El certificado 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.

_____, a ____ de _____ de _____ (Firma del/la solicitante)

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, los datos remitidos para van a ser incorporados a un fichero denominado "expedientes" titularidad de Mutua Navarra, sito en Polígono Industrial Landaben, c/F Nº 4, 31012 Pamplona, con la finalidad de prestarle el correspondiente servicio como entidad colaboradora de la Seguridad Social. Cualquier modificación que pueda en su caso producirse en los datos de carácter personal, deberá ser puesta en conocimiento por parte del titular de los mismos al responsable del fichero, respondiendo en cualquier caso de la veracidad y exactitud de los datos suministrados en cada momento. De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica se le comunica que respecto a los datos de carácter personal recogidos para su tratamiento tiene la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a Mutua Navarra en la dirección postal arriba indicada en los términos que suscribe la legislación vigente.