

Declaración de Situación de Actividad

Nº Expediente:

REF.:

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 D.N.I./ N.I.E y con domicilio en **DECLARA bajo su responsabilidad** que:

Es titular de un establecimiento mercantil, industrial o de otra naturaleza:

SÍ - (Rellenar en caso afirmativo)

Que dicho establecimiento tiene el nombre con domicilio en Que la actividad económica, oficio o profesión es la de y que durante la situación de **incapacidad temporal** / **riesgo durante el embarazo** , **riesgos durante la lactancia natural** (marque la que corresponda), la actividad queda en la siguiente situación:

1. Gestionada por: Familiar: Empleado Socio Otra persona

Nombre y apellidos:

Número de Afiliación: __ / _____ / __

D.N.I.

2. **Cese temporal** o **definitivo** de la actividad durante la situación de **incapacidad temporal** / **riesgo durante el embarazo** , **riesgo durante la lactancia natural** (marque la que corresponda), del titular del establecimiento.

NO - (Rellenar en caso negativo)

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..... que se realiza en el domicilio situado en.....

....., a de de

Firma:

De acuerdo con lo establecido en la **Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal**, le informamos que los datos personales que nos haya facilitado para la tramitación de la solicitud van a ser incorporados a los ficheros de Mutua Navarra, sito en Polígono Industrial Landaben, c/F Nº 4, 31012 Pamplona, con la finalidad de tramitarle la solicitud y realizar la correspondiente gestión administrativa. 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.

(1) El Certificado deberá presentarse en los 15 días siguientes a la fecha de la baja médica.