Mutua navarra
MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL Nº21 suma

Nº Expediente: …… Sello Entrada:

Declaración de Situación de Actividad
para la Prestación Económica por Cuidado de Menores Afectados por Cáncer u Otra Enfermedad Grave

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 NAF _ _ / _ _ _ _ _ _ _ / _ _ , 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 **reducción de jornada del ….,…..% para el Cuidado de Menor Afectado por Cáncer o Enfermedad Grave**, correspondiente al siguiente horario: ……..

la actividad queda en la siguiente situación:

1. Gestiona da por: ☐ Familiar ..... ☐ Empleado ☐ Socio ☐ Otra persona

   Nombre y apellidos: ……..

   Número de Afiliación: _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ / _ _ D.N.I. _ _ _ _ _ _ _ _ _

2. ☐ **Reducción** de la actividad en proporción a la **reducción de jornada para el Cuidado de Menor Afectado por Cáncer o Enfermedad Grave** 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 ..... .

Fecha: __ __ /__ __ /__ __ __ __ Firmado por: ……..

Le informamos que en cumplimiento de la normativa de Protección de Datos, los datos que se recaben relativos a su persona, incluidos datos especialmente protegidos, serán tratados como Responsable por MUTUA NAVARRA, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 21, domiciliada en Pamplona, Polígono Industrial Landaben, C/ F, nº 4, con la finalidad de tramitación de su solicitud y su gestión administrativa. La base jurídica para el tratamiento de sus datos es el cumplimiento de una obligación legal (Real Decreto Legislativo 8/2015 de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social). Dichos datos no se cederán a terceros no incluidos en la legislación específica de aplicación para la correcta tramitación y gestión de la finalidad y de cuantos actos de obligado cumplimiento se deriven de ella.

Es obligatoria la cumplimentación del presente formulario en todos sus campos, de tal forma que de no ser facilitados, no podrá establecerse la relación deseada entre las partes.

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 tratamiento, respondiendo en cualquier caso de la veracidad y exactitud de los datos suministrados en cada momento.

Se le comunica que puede ejercer en todo momento sus derechos de acceso, rectificación, supresión y oposición así como su derecho a solicitar la limitación del tratamiento o realizar la portabilidad de sus datos en la dirección arriba indicada. Asimismo tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos como Autoridad de Control, y previamente, si lo desea ante el Delegado de Protección de Datos de Mutua Navarra en la siguiente dirección de correo electrónico, dpd@mutuanavarra.es

Más información acerca del tratamiento de datos que realiza Mutua Navarra en www.mutuanavarra.es

(1) Conforme a la Resolución citada en la parte superior, el Certificado deberá presentarse en los 15 días siguientes a la fecha de la baja médica.