

AUTORIZACIÓN A ASESORIAS PARA REVISIÓN DEL ART. 9 RD-LEY 24/2020

Yo, _____, con DNI/NIE _____,

AUTORIZO

a la asesoría/gestoría/asesor _____,
con DNI / CIF _____,

a gestionar con Mutua Navarra la revisión de mi reconocimiento provisional de la prestación extraordinaria por cese de actividad de trabajadores autónomos, prevista en el artículo 9 del Real Decreto-Ley 24/2020, llevando a cabo para ello los trámites que sean necesarios en mi nombre (solicitud de información y documentación, presentación de documentos, etc.).

Consintiendo expresamente el tratamiento de datos de carácter personal que sean necesarios para la revisión indicada.

A dichos efectos, MUTUA NAVARRA me ha informado que los datos serán tratados por Mutua Navarra, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 21, con la finalidad de tramitar la revisión derivada del artículo 9 del RD-ley 24/2020, teniendo como base de legitimación el consentimiento expreso, pudiendo también ser de aplicación el cumplimiento de la norma señalada. Los datos no serán cedidos a terceros salvo por obligación legal.

Derechos: Acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, portabilidad.
Contacto: dpd@mutuanavarra.es o en la forma en que se indica en la política de protección de datos disponible en mutuanavarra.es



Firmado: _____

El presente documento deberá ser acompañado de una copia del DNI/TIE por ambas caras y remitirse al correo electrónico autonomos@mutuanavarra.es