



TA.0521/1 (Hoja 1/2)

Registro de presentación

Registro de entrada

SOLICITUD SIMPLIFICADA DE: ALTA, BAJA O VARIACIÓN DE DATOS EN EL RÉGIMEN ESPECIAL DE AUTÓNOMOS

1. DATOS DEL SOLICITANTE

1.1 PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE		1.2 NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	
FECHA DE NACIMIENTO		1.3 GRADO DE DISCAPACIDAD		1.4 TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO		1.5 Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO	
Día Mes Año				D.N.I.: TARJETA DE EXTRANJERO: PASAPORTE:			
1.6 DOMICILIO		TIPO DE VÍA		NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA		BLOQUE NÚM. BIS ESCAL. PISO PUERTA CÓD. POSTAL	
MUNICIPIO/ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO		PROVINCIA					
1.7 DATOS TELEMATÍCOS		CORREO ELECTRÓNICO		SOLICITA RECIBIR INFORMACIÓN DEL TRÁMITE MEDIANTE SMS		TELÉFONO MÓVIL PARA SMS	
				SI NO			

2. DATOS RELATIVOS A LA SOLICITUD (Marque con "X" la opción correcta)

ALTA BAJA VARIACIÓN DE DATOS FECHA DE INICIO/CESE/VARIACIÓN DE DATOS Día Mes Año

2.1 CAUSA DE LA BAJA / VARIACIÓN DE DATOS

2.2 D.N.I./N.S./C.I.F. o C.C.C. DEL SUCESOR/A DE LA ACTIVIDAD

A esta solicitud se acompañan los siguientes documentos:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. DATOS RELATIVOS A LA ACTIVIDAD PROFESIONAL

3.1 ACTIVIDAD ECONÓMICA - COLEGIO PROFESIONAL

3.2 I.A.E.

CNAE 2009

3.3 NOMBRE COMERCIAL

3.4 DOMICILIO

TIPO DE VÍA NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA BLOQUE NÚM. BIS ESCAL. PISO PUERTA CÓD. POSTAL

MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO PROVINCIA TELÉFONO

3.5 MARQUE CON "X" SI ESTA INCLUIDO EN ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SUPUESTOS

MUJER REINCORPORADA AL TRABAJO, DESPUÉS DE MATERNIDAD

VENTA AMBULANTE

TRABAJADOR DE TEMPORADA (FECHA PREVISTA CESE ACTIVIDAD):

AUTÓNOMO INTEGRADO EN UN COLEGIO PROFESIONAL

NOTARIO

4. OPCIÓN RESPECTO DE LA BASE DE COTIZACIÓN, DE LAS CONTINGENCIAS PROFESIONALES Y DE LA MUTUA DE A.T. Y E.P.

IMPORTANTE: CUMPLIMENTAR EN LA SIGUIENTE HOJA

5.1 DATOS RELATIVOS AL REPRESENTANTE

NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL

Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL

5.2 DATOS RELATIVOS AL AUTORIZADO DEL SISTEMA RED

NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL

NÚMERO DE LA AUTORIZACIÓN

6. A EFECTOS DE NOTIFICACIONES SEÑALA COMO DOMICILIO PREFERENTE (Marque con una "X" la opción correcta)

DOMICILIO DEL SOLICITANTE (APARTADO 1.6)

DOMICILIO DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL (APARTADO 3.4)

OTRO DOMICILIO (ANOTAR EN LA SIGUIENTE HOJA)

7. DATOS PARA LA DOMICILIACIÓN DEL PAGO DE CUOTAS

CÓDIGO CUENTA CLIENTE				DOCUMENTO IDENTIFICATIVO DEL TITULAR DE LA CUENTA DE ADEUDO			
ENTIDAD	SUCURSAL	D.C.	NÚMERO CUENTA	TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO		Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO	
				D.N.I.:	C.I.F.:	TARJETA EXTRANJERO:	PASPR.:

FIRMA DEL TRABAJADOR/A	FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE	DILIGENCIA DE NOTIFICACIÓN DE LA SUBSANACIÓN Y MEJORA DE LA SOLICITUD	DILIGENCIA DE NOTIFICACIÓN DE LA RESOLUCIÓN
		Fecha: D.N.I.:	BOLETINES DE COTIZACIÓN RECIBIDOS: DE A
		FIRMA:	Fecha: D.N.I.:
			FIRMA:

SUBSANACIÓN Y/O MEJORA REQUERIDA

ÓRGANO AL QUE SE DIRIGE LA SOLICITUD: DIRECCIÓN PROVINCIAL O ADMINISTRACIÓN DE LA T. G. S. S. :

ADVERTENCIA: En las Comunidades Autónomas con lengua cooficial, existe a su disposición este impreso redactado en lengua vernácula.



TA.0521/1 (Hoja 2/2)

Registro de presentación

Registro de entrada

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE Y APELLIDOS	NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (N.S.S.)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

OPCIONES

4.1. OPCIÓN RESPECTO DE LA BASE DE COTIZACIÓN

BASE MÍNIMA BASE MÁXIMA OTRA BASE

SOLICITA el INCREMENTO automático de la Base de Cotización en el mismo porcentaje en que se incremente la Base Máxima de Cotización del Régimen Especial.

4.2. MUTUA DE COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL DERIVADA DE CONTINGENCIAS COMUNES

MUTUA Nº DE A.T. y E.P.

4.3. OPCIÓN RESPECTO DE LA COBERTURA DE LAS CONTINGENCIAS PROFESIONALES [ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES]

SOLICITA (Marque con una "X" lo que proceda):

ACOGERSE a la cobertura de las contingencias profesionales

RENUNCIAR a la cobertura de las contingencias profesionales

4.4. OPCIÓN RESPECTO DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL EN SITUACIÓN DE PLURIACTIVIDAD

SOLICITA (Marque con una "X" lo que proceda):

ACOGERSE a la cobertura de la Incapacidad Temporal

NO ACOGERSE a la cobertura de la Incapacidad Temporal

6. A EFECTOS DE NOTIFICACIONES SEÑALA COMO DOMICILIO PREFERENTE UN DOMICILIO DISTINTO DEL DE RESIDENCIA O DEL DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA

DOMICILIO	TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA	BLOQUE	NÚM.	BIS	ESCAL.	PISO	PUERTA	CÓD. POSTAL
	MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO		PROVINCIA			TELÉFONO			
	DAPARTADO DE CORREOS								

ADVERTENCIA: En las Comunidades Autónomas con lengua cooficial, existe a su disposición este impreso redactado en lengua vernácula.

FIRMA DEL TRABAJADOR/A



RESGUARDO DE SOLICITUD SIMPLIFICADA DE ALTA, BAJA O VARIACIÓN DE DATOS EN EL RÉGIMEN ESPECIAL DE AUTÓNOMOS (TA.0521/1)

Con la fecha que se indica en este documento ha tenido entrada, en el registro de esta Dirección Provincial o Administración de la Seguridad Social, la solicitud cuyos datos figuran a continuación:

DATOS DEL TRABAJADOR/A
APELIDOS Y NOMBRE
Nº DE SEGURIDAD SOCIAL
Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO
ALTA BAJA VARIACIÓN DE DATOS
FECHA DE ALTA/BAJA/VARIACIÓN DE DATOS
DATO DEL QUE SE SOLICITA LA VARIACIÓN



PLAZO DE RESOLUCIÓN: El plazo máximo para dictar y notificar la resolución sobre la presente solicitud será de cuarenta y cinco días contados a partir de la fecha de su entrada en el registro de la Dirección Provincial de la Tesorería General de la Seguridad Social o Administración de la Seguridad Social competente para su tramitación.

TA.0521/1 (Resguardo) (05-07-2010)



SUBSANACIÓN Y/O MEJORA DE LA SOLICITUD SIMPLIFICADA DE ALTA, BAJA O VARIACIÓN DE DATOS EN EL RÉGIMEN ESPECIAL DE AUTÓNOMOS (TA.0521/1)

La solicitud de alta, baja o variación de datos del trabajador/a por cuenta propia, cuyos datos figuran a continuación, no reúne los requisitos establecidos por el artículo 70 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y/o los establecidos en el Reglamento General aprobado por Real Decreto 84/1996, de 26 de enero, por lo que no se puede dictar resolución expresa en el mismo acto de la presentación de la solicitud.

DATOS DEL TRABAJADOR/A
APELIDOS Y NOMBRE
Nº DE SEGURIDAD SOCIAL
Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO
ALTA BAJA VARIACIÓN DE DATOS
FECHA DE ALTA/BAJA/VARIACIÓN DE DATOS
DATO DEL QUE SE SOLICITA LA VARIACIÓN

De conformidad con lo establecido en el art. 71 de la Ley 30/1992, en un plazo de DIEZ DÍAS, el solicitante deberá subsanar la falta que se indica y/o acompañar los documentos que se relacionan.

Placeholder for document submission details

Si no se subsanara la falta o no se entregasen los documentos solicitados, se le tendrá por desistido de su petición, dictándose la correspondiente resolución, notificándose a la Inspección de Trabajo y Seguridad Social a los efectos pertinentes.



PLAZO DE RESOLUCIÓN: El plazo máximo para dictar y notificar la resolución sobre la presente solicitud será de cuarenta y cinco días contados a partir de la fecha de su entrada en el registro de la Dirección Provincial de la Tesorería General de la Seguridad Social o Administración de la Seguridad Social competente para su tramitación.

.0521/1 (Subsanación) (05-07-2010)