



TA.0521/2-G (folia 1/3)

Registro de presentación

Registro de entrada

**SOLICITUDE DE: ALTA, BAIXA OU VARIACIÓN DE DATOS NO RÉXIME ESPECIAL DE AUTÓNOMOS
-FAMILIAR COLABORADOR DO TITULAR DA EXPLOTACIÓN-**

1. DATOS DO SOLICITANTE

1.1 PRIMEIRO APELIDO		SEGUNDO APELIDO		NOME		1.2 NÚMERO DE SEGURIDADE SOCIAL					
DATA DE NACEMENTO		1.3 GRAO DE MINUSVALÍA	1.4 TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICADOR			1.5 N.º DE DOCUMENTO IDENTIFICADOR					
Día Mes Ano		DNI: TARXETA DE ESTRANXEIRO: PASAPORTE:									
TIPO DE VÍA		NOME DA VÍA PÚBLICA			BLOQUE	NÚM.	BIS	ESCAL.	PISO	PORTA	CÓD. POSTAL
1.6 DOMICILIO		MUNICIPIO / ENTIDADE DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AO MUNICIPIO			PROVINCIA		1.6.1. N.º DE TELEF. MÓBIL PARA S.M.S.				

2. DATOS RELATIVOS Á SOLICITUDE (marque cunha "X" a opción correcta)

ALTA BAIXA VARIACIÓN DE DATOS DATA DE INICIO/CESAMENTO/VARIACIÓN DE DATOS: Día Mes Ano

2.1 CAUSA DA BAIXA / VARIACIÓN DE DATOS

2.2 DNI/NSS/CIF ou CCC DO/DA SUCESOR/A DA ACTIVIDADE

Esta solicitude vai acompañada dos seguintes documentos:

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

3. DATOS RELATIVOS Á ACTIVIDADE PROFESIONAL

3.1 ACTIVIDADE ECONÓMICA - COLEXIO PROFESIONAL

3.2 IAE

CNAE 93

3.3 NOME COMERCIAL

3.4 DOMICILIO

TIPO DE VÍA		NOME DA VÍA PÚBLICA			BLOQUE	NÚM.	BIS	ESCAL.	PISO	PORTA	CÓD. POSTAL
3.4 DOMICILIO		MUNICIPIO / ENTIDADE DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AO MUNICIPIO			PROVINCIA		TELÉFONO				

3.5 MULLER REINCORPORADA AO TRABALLO DESPOIS DA MATERNIDADE

4. OPCIÓN CON RESPECTO Á BASE DE COTIZACIÓN, DA INCAPACIDADE TEMPORAL POR CONTINXENCIAS COMÚNS E DAS CONTINXENCIAS PROFESIONAIS

IMPORTANTE: CUBRIR NA SEGUINTE FOLLA

5.1 DATOS RELATIVOS AO REPRESENTANTE		5.2 DATOS RELATIVOS AO AUTORIZADO DO SISTEMA RED	
NOME E APELIDOS OU RAZÓN SOCIAL		NOME E APELIDOS OU RAZÓN SOCIAL	
N.º DE DOCUMENTO IDENTIFICADOR		NÚMERO DA AUTORIZACIÓN	
NÚMERO DE SEGURIDADE SOCIAL			

6. PARA OS EFECTOS DE NOTIFICACIÓNS, SINALA COMO DOMICILIO PREFERENTE (marque cunha "X" a opción correcta)

DOMICILIO DO SOLICITANTE (APARTADO 1.6) DOMICILIO DA ACTIVIDADE PROFESIONAL (APARTADO 3.4) OUTRO DOMICILIO (ANOTARASE NA SEGUINTE FOLLA)

7. DATOS PARA A DOMICILIACIÓN DO PAGAMENTO DE COTAS

CÓDIGO CONTA CLIENTE				DOCUMENTO IDENTIFICADOR DO TITULAR DA CONTA DE DÉBEDA			
ENTIDADE		SUCURSAL		DC		NÚMERO CONTA	
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICADOR		N.º DE DOCUMENTO IDENTIFICADOR					
DNI: CIF: TARXETA ESTRANXEIRO: PASPRT:							

SINATURA DO/DA TRABALLADOR/A	SINATURA E SELO DO REPRESENTANTE	DILIXENCIA DE NOTIFICACIÓN DA EMENDA E MELLORA DA SOLICITUDE	DILIXENCIA DE NOTIFICACIÓN DA RESOLUCIÓN
		Data: DNI: SINATURA:	BOLETÍNS DE COTIZACIÓN RECIBIDOS: DE A Data: DNI: SINATURA:

EMENDA E/OU MELLORA REQUIRIDA

ÓRGANO AO QUE SE DIRIXE A SOLICITUDE: DIRECCIÓN PROVINCIAL OU ADMINISTRACIÓN DA T X S S :

ADVERTENCIA: Nas comunidades autónomas con lingua cooficial, existe á súa disposición, este impreso redactado na outra lingua oficial.



TA.0521/2-G (folia 2/3)

Registro de presentación

Registro de entrada

DATOS DO SOLICITANTE

NOME E APELIDOS	NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIFICADOR	NÚMERO DE SEGURIDADE SOCIAL (NSS)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

OPCIÓN S

4.1. OPCIÓN CON RESPECTO Á BASE DE COTIZACIÓN

BASE MÍNIMA BASE MÁXIMA OUTRA BASE

SOLICITA o INCREMENTO automático da base de cotización na mesma porcentaxe na que se incrementa a base máxima de cotización do réxime especial.

4.2. OPCIÓN CON RESPECTO Á COBERTURA DA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR INCAPACIDADE TEMPORAL DERIVADA DE CONTINXENCIAS COMÚNS

SOLICITA (marque cunha "X" o que proceda):

ACOLLERSE á cobertura da prestación económica por incapacidade temporal por continxencias comúns
O aboamento da prestación concertáse coa MUTUA N.º DE AT e EP

RENUNCIAR á cobertura da prestación económica por incapacidade temporal por continxencias comúns

4.3. OPCIÓN CON RESPECTO Á COBERTURA DAS CONTINXENCIAS PROFESIONAIS [ACCIDENTES DE TRABALLO E ENFERMIDADES PROFESIONAIS]

SOLICITA (marque cunha "X" o que proceda):

ACOLLERSE á cobertura das continxencias profesionais

RENUNCIAR á cobertura das continxencias profesionais

SE A ACTIVIDADE DESENVOLVIDA É ALGUNHA DAS QUE SE INDICAN A CONTINUACIÓN, MARQUE CUNHA "X" AS CARACTERÍSTICAS DA ACTIVIDADE SEGUNDO O INDICADO:

<input type="checkbox"/> PRODUCCIÓN AGRÍCOLA ou GANDEIRA [CNAE: 011xx, 012xx o 013xx]	<input type="checkbox"/> EN EXPLOTACIÓN PROPIA SEN SERVIZOS A TERCEIROS	<input type="checkbox"/> CON SERVIZOS A TERCEIROS
<input type="checkbox"/> TRANSPORTE TERRESTRE [CNAE: 602xx]	<input type="checkbox"/> TRANSPORTE PESADO EN VEHÍCULOS DE MÁIS DE 6.000 Kg.	<input type="checkbox"/> TRANSPORTE LIXEIRO EN VEHÍCULOS ATA 6.000 Kg.
<input type="checkbox"/> CORREOS E TELECOMUNICACIÓNS [CNAE 64xxx]	<input type="checkbox"/> SEN TRANSPORTE	<input type="checkbox"/> CON RECOLLIDA E TRANSPORTE DE MERCANCÍA LIXEIRA
<input type="checkbox"/> INTERMEDIACIÓN FINANCEIRA, INCLUÍNDO SEGUROS E PLANS DE PENSIÓNS e ACTIVIDADES AUXILIARES Á INTERMEDIACIÓN FINANCEIRA [CNAE: 65xxx, 66xxx e 67xxx]	<input type="checkbox"/> SEN DESPRAZAMENTOS HABITUAIS	<input type="checkbox"/> CON DESPRAZAMENTOS HABITUAIS

6. PARA OS EFECTOS DE NOTIFICACIÓNS, SINALA COMO DOMICILIO PREFERENTE UN DOMICILIO DISTINTO DO DE RESIDENCIA OU DO DA ACTIVIDADE ECONÓMICA

TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA PÚBLICA	BLOQUE	NÚM.	BIS	ESCAL.	PISO	PORTA	CÓD. POSTAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DOMICILIO MUNICIPIO / ENTIDADE DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AO MUNICIPIO		PROVINCIA			TELÉFONO			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>			
APARTADO DE CORREOS								
<input type="text"/>								

ADVERTENCIA: Nas comunidades autónomas con lingua cooficial, existe á súa disposición, este impreso redactado na outra lingua oficial.

SINATURA DO/DA TRABALLADOR/A



TA.0521/2-G (folia 3/3)

Rexistro de presentación

Rexistro de entrada

DECLARACIÓN:

-RÉXIME ESPECIAL DE TRABALLADORES POR CONTA PROPIA OU AUTÓNOMOS -FAMILIAR COLABORADOR DO TITULAR DA EXPLOTACIÓN

DATOS DO SOLICITANTE

Form fields for NOME E APELIDOS, NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIFICADOR, and NÚMERO DE SEGURIDADE SOCIAL (NSS)

8. DECLARACIÓN PARA AS SOLICITUDES DE ALTA

D./D.ª: _____ con DNI _____ e NSS _____

Declara baixo a súa responsabilidade que é titular da empresa cuxos datos figuran nesta solicitude e que o traballador cuxos datos identificadores constan nesta, ao que o une a relación de parentesco de _____ PRESTA os seus servizos como colaborador familiar na súa empresa DESDE o día _____, sen que exista entre eles relación laboral.

Así mesmo, o titular da explotación DECLARA que:

- ESTÁ EN SITUACIÓN DE ALTA NO RÉXIME ESPECIAL DA SEGURIDADE SOCIAL DOS TRABALLADORES POR CONTA PROPIA OU AUTÓNOMOS (RETA)
NON ESTÁ EN SITUACIÓN DE ALTA NO RETA, E A SÚA ACTUACIÓN NESTA LÍMITASE AO DESENVOLVEMENTO DAS FUNCIÓNS INHERENTES A TAL TITULARIDADE POR DARSE A CIRCUNSTANCIAS DE _____

SINATURA DO TITULAR DA EXPLOTACIÓN

9. DECLARACIÓN PARA AS SOLICITUDES DE BAIXA

D./D.ª: _____ con DNI _____ e NSS _____

Declara baixo a súa responsabilidade que é titular da empresa cuxos datos figuran nesta solicitude e que o traballador cuxos datos identificadores constan nesta, ao que o une a relación de parentesco de _____ PRESTOU os seus servizos como colaborador familiar na súa empresa ATA o día _____, sen que exista entre eles relación laboral.

SINATURA DO TITULAR DA EXPLOTACIÓN

ADVERTENCIA: Nas comunidades autónomas con lingua cooficial, existe á súa disposición, este impreso redactado na outra lingua oficial.



XUSTIFICANTE DE SOLICITUDE DE ALTA, BAIXA OU VARIACIÓN DE DATOS NO RÉXIME ESPECIAL DE AUTÓNOMOS -FAMILIAR COLABORADOR DO TITULAR DA EXPLOTACIÓN- (TA.0521/2-G)

Coa data que se indica neste documento tivo entrada no rexistro desta Dirección Provincial ou Administración da Seguridade Social a solicitude cuxos datos figuran a continuación:

DATOS DO/DA TRABALLADOR/A

TA.0521/2-G (xustificante) (01-06-2007)

APELIDOS E NOME

N.º DE SEGURIDADE SOCIAL N.º DE DOCUMENTO IDENTIFICADOR

ALTA BAIXA VARIACIÓN DE DATOS DATA DE ALTA/BAIXA/VARIACIÓN DE DATOS
 Día Mes Ano

DATO DO QUE SE SOLICITA A VARIACIÓN

Rexistro de entrada



PRAZO DE RESOLUCIÓN: o prazo máximo para ditar e notificar a resolución sobre a presente solicitude será de corenta e cinco días, contados a partir da data da súa entrada no rexistro da Dirección Provincial da Tesourería Xeral da Seguridade Social ou Administración da Seguridade Social competente para a súa tramitación. O prazo indicado poderá ser suspendido cando deba requirirse a emenda de deficiencias e a presentación de documentos e outros elementos de xuízo necesarios, así como no resto dos supostos do art. 42.5 da Lei 30/1992, do 26 de novembro, de réxime xurídico das administracións públicas e do procedemento administrativo común. Transcorrido o citado prazo sen que recaia resolución expresa, a solicitude poderá entenderse estimada, o que se lle comunica para os efectos do establecido no artigo 42.4 da Lei 30/1992.



EMENDA E/OU MELLORA DA SOLICITUDE DE ALTA, BAIXA OU VARIACIÓN DE DATOS NO RÉXIME ESPECIAL DE AUTÓNOMOS -FAMILIAR COLABORADOR DO TITULAR DA EXPLOTACIÓN- (TA.0521/2-G)

A solicitude de alta, baixa ou variación de datos do/da traballador/a por conta propia cuxos datos figuran a continuación non reúne os requisitos establecidos polo artigo 70 da Lei 30/1992, do 26 de novembro, de réxime xurídico das administracións públicas e do procedemento administrativo común, e/ou os establecidos no Regulamento xeral aprobado polo Real decreto 84/1996, do 26 de xaneiro, polo que non se pode ditar resolución expresa no mesmo acto da presentación da solicitude.

DATOS DO/DA TRABALLADOR/A

TA.0521/2-G (emenda) (01-06-2007)

APELIDOS E NOME

N.º DE SEGURIDADE SOCIAL N.º DE DOCUMENTO IDENTIFICADOR

ALTA BAIXA VARIACIÓN DE DATOS DATA DE ALTA/BAIXA/VARIACIÓN DE DATOS
 Día Mes Ano

DATO DO QUE SE SOLICITA A VARIACIÓN

De conformidade co establecido no art. 71 da Lei 30/1992, nun prazo de DEZ DÍAS, o solicitante deberá emendar a falta que se indica e/ou acompañar os documentos que se relacionan.

Se non se emendase a falta ou non se entregasen os documentos solicitados, entenderase que desiste da súa petición, dítase a correspondente resolución e notificaráselle á Inspección de Trabajo e Seguridade Social para os efectos pertinentes.

Rexistro de saída

PRAZO DE RESOLUCIÓN: o prazo máximo para ditar e notificar a resolución sobre a presente solicitude será de corenta e cinco días, contados a partir da data da súa entrada no rexistro da Dirección Provincial da Tesourería Xeral da Seguridade Social ou Administración da Seguridade Social competente para a súa tramitación. O prazo indicado poderá ser suspendido cando deba requirirse a emenda de deficiencias e a presentación de documentos e outros elementos de xuízo necesarios, así como no resto dos supostos do art. 42.5 da Lei 30/1992, do 26 de novembro, de réxime xurídico das administracións públicas e do procedemento administrativo común. Transcorrido o citado prazo sen que recaia resolución expresa, a solicitude poderá entenderse estimada, o que se lle comunica para os efectos do establecido no artigo 42.4 da Lei 30/1992.