



TA.0521/4 (Hoja 1/3)

Registro de presentación

Registro de entrada

**SOLICITUD DE: ALTA, BAJA O VARIACIÓN DE DATOS EN EL RÉGIMEN ESPECIAL DE AUTÓNOMOS -SOCIOS/AS DE COOPERATIVAS DE TRABAJO ASOCIADO-**

1. DATOS DEL SOLICITANTE

1.1 PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE		1.2 NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	
FECHA DE NACIMIENTO		1.3 GRADO DE MINUSVALÍA		1.4 TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO		1.5 N° 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		1.6.1. N° DE TELEF. MOVIL PARA S.M.S.	

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

A esta solicitud se acompañan los siguientes documentos:

3. DATOS RELATIVOS A LA ACTIVIDAD PROFESIONAL

3.1 ACTIVIDAD ECONÓMICA - COLEGIO PROFESIONAL		3.2 I.A.E.		CNAE 93			
3.3 NOMBRE COMERCIAL		3.5 MUJER REINCORPORADA AL TRABAJO DESPUÉS DE MATERNIDAD					
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	

IDENTIFICACIÓN DE LA SOCIEDAD COOPERATIVA

C.C.C. PRINCIPAL		C.I.F.		RAZÓN SOCIAL	
DATOS DE LA CONSTITUCIÓN					
FECHA DE CONSTITUCIÓN		TIPO DE REGISTRO		NÚMERO	
PROVINCIA		TOMO		LIBRO FOLIO SECCIÓN HOJA	
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA SOCIEDAD		I.A.E.		CNAE 93	

4. OPCIÓN RESPECTO DE LA BASE DE COTIZACIÓN, DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES Y DE LAS CONTINGENCIAS PROFESIONALES

**IMPORTANTE: CUMPLIMENTAR EN LA SIGUIENTE HOJA**

5.1 DATOS RELATIVOS AL REPRESENTANTE		5.2 DATOS RELATIVOS AL AUTORIZADO DEL SISTEMA RED	
NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL		NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL	
N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO NÚMERO DE SEGURIDAD 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) <input type="checkbox"/>		DOMICILIO DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL (APARTADO 3.3) <input type="checkbox"/>		OTRO DOMICILIO <input type="checkbox"/>			
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	
APARTADO DE CORREOS							

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		D.N.I.:		C.I.F.:		TARJETA EXTRANJERO: PASPRT.:	
N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO							
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.: FIRMA:		BOLETINES DE COTIZACIÓN RECIBIDOS: DE A 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.0521/4 (Hoja 1/3) (01-06-2007)



TA.0521/4 (Hoja 2/3)

Registro de presentación

Registro de entrada

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE Y APELLIDOS

NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (N.S.S.)

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. OPCIÓN RESPECTO DE LA COBERTURA DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR INCAPACIDAD TEMPORAL DERIVADA DE CONTINGENCIAS COMUNES

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

**ACOGERSE** a la cobertura de la prestación económica por Incapacidad temporal por contingencias comunes

El abono de la prestación se concierta con la MUTUA Nº  DE A. T. y E. P.

**RENUNCIAR** a la cobertura de la prestación económica por Incapacidad temporal por contingencias comunes

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

SI LA ACTIVIDAD DESARROLLADA ES ALGUNA DE LAS QUE SE INDICAN A CONTINUACIÓN MARQUE CON "X" LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ACTIVIDAD SEGÚN LO INDICADO:

PRODUCCION AGRICOLA o GANADERA [CNAE: 011xx, 012xx o 013xx]

EN EXPLOTACION PROPIA SIN SERVICIOS A TERCEROS

CON SERVICIOS A TERCEROS



TRANSPORTE TERRESTRE [CNAE: 602xx]

TRANSPORTE PESADO EN VEHICULOS DE MAS DE 6.000 Kg.

TRANSPORTE LIGERO EN VEHICULOS HASTA 6.000 Kg.



CORREOS Y TELECOMUNICACIONES [CNAE 64xxx]

SIN TRANSPORTE

CON RECOGIDA Y TRANSPORTE DE MERCANCIA LIGERA



INTERMEDIACION FINANCIERA, INCLUYENDO SEGUROS Y PLANES DE PENSIONES y ACTIVIDADES AUXILIARES A LA INTERMEDIACION FINANCIERA [CNAE: 65xxx, 66xxx y 67xxx]

SIN DESPLAZAMIENTOS HABITUALES

CON DESPLAZAMIENTOS HABITUALES

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

FIRMA DEL TRABAJADOR/A



TA.0521/4 (Hoja 3/3)

Registro de presentación

Registro de entrada

DECLARACIÓN -RÉGIMEN ESPECIAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA O AUTÓNOMOS- SOCIO/A DE COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE Y APELLIDOS, NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO, NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (N.S.S.)

9. DECLARACIÓN PARA LAS SOLICITUDES DE ALTA

D./Dña.: con D.N.I. y N.S.S., en calidad de representante legal de la COOPERATIVA con C.I.F. y C.C.C. PRINCIPAL. DECLARA que D./Dña.: ES socio de esta COOPERATIVA, cuyos datos identificativos constan en esta solicitud y ha INICIADO la prestación de servicios remunerados para la misma con fecha.

FIRMA Y SELLO

10. DECLARACIÓN PARA LAS SOLICITUDES DE BAJA

D./Dña.: con D.N.I. y N.S.S., en calidad de representante legal de la COOPERATIVA con C.I.F. y C.C.C. PRINCIPAL. DECLARA que D./Dña.: HA SIDO socio de esta COOPERATIVA, cuyos datos identificativos constan en esta solicitud y ha CESADO la prestación de servicios remunerados para la misma con fecha.

FIRMA Y SELLO

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



RESGUARDO DE SOLICITUD DE ALTA, BAJA O VARIACIÓN DE DATOS EN EL RÉGIMEN ESPECIAL DE AUTÓNOMOS -SOCIOS/AS DE COOPERATIVAS DE TRABAJO ASOCIADO- (TA.0521/4)

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

Form fields for worker data: APELLIDOS 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.0521/4 (Resguardo) (01-06-2007)



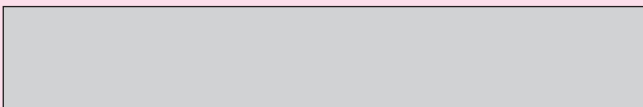
SUBSANACIÓN Y/O MEJORA DE LA SOLICITUD DE ALTA, BAJA O VARIACIÓN DE DATOS EN EL RÉGIMEN ESPECIAL DE AUTÓNOMOS -SOCIOS/AS DE COOPERATIVAS DE TRABAJO ASOCIADO-(TA.0521/4)

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

Form fields for worker data: APELLIDOS 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.



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.

TA.0521/4 (Subsanación) (01-06-2007)