



FR.103

Registro de presentación

Registro de entrada

AUTORIZACIÓN PARA ACTUAR EN REPRESENTACIÓN DE UN AFILIADO (NAF) EN EL ÁMBITO DEL SISTEMA RED Y DE LAS NOTIFICACIONES TELEMÁTICAS*

* Solo cuando el NIF de la autorización no coincida con el del NAF a asignar. Cuando el NIF de la autorización coincida con el del NAF a asignar será necesario cumplimentar el formulario FR.104.

1. DATOS DEL AFILIADO A REPRESENTAR

NOMBRE Y APELLIDOS		NAF	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL			
<input type="text"/>			
APELLIDOS Y NOMBRE DEL REPRESENTANTE		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL (NIF)	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
DOMICILIO	TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA	BLOQUE NÚM. BIS ESCAL. PISO PUERTA C.POSTAL
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO	PROVINCIA	TELÉFONO	FAX
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CORREO ELECTRÓNICO*		TELÉFONO MÓVIL* campo opcional	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

* Este campo se utilizará para comunicaciones entre la TGSS y el afiliado en el ámbito del Sistema RED

Según los términos y condiciones establecidos en el artículo 32 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común,

AUTORIZA al titular y a los usuarios de la Autorización de la TGSS número: a,

- Hacer uso del Sistema RED, respecto a los trámites que faculta esta AUTORIZACIÓN de la TGSS según la normativa reguladora de este Sistema.
- Asignar a la autorización aquellos CCCs de empresario individual que se inscriban a través del Sistema RED con este NIF.
- Ser los receptores de las Notificaciones Telemáticas dirigidas a este afiliado, así como a los CCCs de empresario individual inscritos a través del Sistema RED, de acuerdo a lo establecido por la disposición adicional quincuagésima de la Ley General de la Seguridad Social, siempre y cuando no exista solicitud expresa por parte del mismo para ser el receptor de dichas Notificaciones Telemáticas, o se designe a un tercero.

En el caso de que actualmente este afiliado sea gestionado por otra autorización RED, la cumplimentación del presente formulario implica su voluntad expresa de **RESCINDIR** su NAF de dicha autorización.

2. DATOS DE LA AUTORIZACIÓN

RAZÓN SOCIAL / NOMBRE Y APELLIDOS		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL (NIF)	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL (NIF)			
<input type="text"/>			

AFILIADO O REPRESENTANTE	
Lugar:	Fecha:
FIRMA:	
NOMBRE Y APELLIDOS: _____	

TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN	
Lugar:	Fecha:
FIRMA:	
SELLO	
NOMBRE Y APELLIDOS: _____	

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE APORTAR

- Documento identificativo del afiliado o, en el caso de representación, acreditación documental de la representación de la persona que formula la solicitud así como su documento identificativo.

ALOS EFECTOS PREVISTOS EN ELARTÍCULO 5 DE LALEY ORGÁNICA 15/1999, DE 13 DE DICIEMBRE (B.O.E.DEL 14-12-1999) DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL, SE LE INFORMA QUE LOS DATOS SOLICITADOS EN EL PRESENTE MODELO, SERÁN INCORPORADOS AL FICHERO GENERAL DE AFILIACIÓN, REGULADO POR LA ORDEN DE 27-07-1994, MODIFICADOS POR LA ORDEN DE 26-03-1999. RESPECTO DE LOS CITADOS DATOS PODRÁ EJERCITAR LOS DERECHOS DE ACCESO, RECTIFICACIÓN Y CANCELACIÓN EN LOS TÉRMINOS PREVISTOS EN DICHALEY ORGÁNICA.

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