



mutua gallega

DECLARACION DE SITUACION DE ACTIVIDAD

Resolución de 04/02/2004 del INSS y Resolución de 22/03/2004 del ISM, sobre el cumplimiento por cuenta propia de la obligación establecida en RD 1273/2003, en la que se establece que la declaración deberá presentarse dentro de los 15 días siguientes a la fecha de la baja médica, en el caso de incapacidad temporal y de los 15 días siguientes a la suspensión de la actividad, en los supuestos de riesgo durante el embarazo.

con Número de Afiliación a la Seguridad Social ____ / ____ / ____, con _____ y domicilio en _____, declara bajo su responsabilidad que:

Soy titular de un establecimiento mercantil, industrial o de otra naturaleza:

SI. Dicho establecimiento tiene su domicilio social en _____, cuya actividad económica es la de _____ CNAE - 2009 _____. El centro de trabajo tiene el domicilio en _____, teléfono _____ y el horario del establecimiento es _____.

1. Y que durante la situación de incapacidad temporal / riesgo durante el embarazo, la actividad queda gestionada por:

FAMILIAR: _____ con _____, Número de Afiliación a la Seguridad Social ____ / ____ / ____, y parentesco _____.

_____ con _____, Número de Afiliación a la Seguridad Social ____ / ____ / ____.

Otra persona: _____ con _____, Número de Afiliación a la Seguridad Social ____ / ____ / ____.

2. **CESE** **TEMPORAL** / **DEFINITIVO** de la actividad durante la situación de incapacidad temporal/riesgo durante el embarazo o durante la lactancia natural del titular del establecimiento, en fecha ____ / ____ / _____.

NO. Por el contrario declara que se encuentra incluido en el Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos en razón de la actividad económica de _____ desarrollando su actividad en el centro de trabajo que tiene su domicilio en _____, teléfono _____ y el horario del establecimiento es _____.

⁽¹⁾ ¿Ha declarado rendimientos de la actividad en los dos últimos ejercicios del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas? **SI** / **NO**
En caso afirmativo indicar las cuantías.

EJERCICIO	CUANTÍA (€)
_____	_____
_____	_____

NOTA IMPORTANTE: Se le recuerda que, al amparo de lo previsto en el Capítulo III/art. 21.4 del RD legislativo 5/2000, de 4 de Agosto, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social, usted se encuentra obligado a facilitar a esta entidad, de manera **exacta y veraz**, los datos arriba requeridos, así como cualesquiera otros de carácter informativo que en futuro pudiéramos solicitarle, debiendo comunicar a esta Mutua cualquiera variación que, de los mismos, se produjese. La inobservancia de lo anterior podría constituir una infracción en materia de Seguridad Social, **sancionable con la pérdida de la prestación.**

De conformidad con lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999 y su normativa de desarrollo, los datos personales facilitados por usted, se incorporarán y serán tratados en un fichero debidamente registrado en la Agencia Española de Protección de Datos del que es responsable MUTUA GALLEGA nº 201, siendo tales indispensables para poder gestionar la relación que se mantiene con esta entidad, o tramitar su solicitud o el expediente de prestaciones de Seguridad Social que proceda, en cumplimiento de las leyes y reglamentos de aplicación. La negativa a facilitar la información solicitada impedirá absolutamente cumplir las finalidades antes descritas. Así mismo, le informamos que sus datos podrán ser comunicados a las entidades públicas competentes también con amparo en lo previsto en la normativa en vigor. Si lo desea, puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante escrito dirigido a la persona Responsable de la Seguridad de MUTUA GALLEGA nº 201 con domicilio en 15174 A CORUÑA, c/ Monte Alfeirán, s/n.

⁽¹⁾ Información de carácter opcional.

En _____ a _____ de _____ de _____.

Firma solicitante.