



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 DISCAPACIDAD		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					
1.7 DATOS TELEFONICOS		CORREO ELECTRÓNICO		ACEPTO ENVÍO COMUNICACIONES INFORMATIVAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL		SI NO TELÉFONO MÓVIL	

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 2009

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 2009

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. OTROS DATOS

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 LA AUTORIZACIÓN
NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	

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

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 INTERNACIONAL CUENTA BANCARIA (IBAN)

DOCUMENTO IDENTIFICATIVO DEL TITULAR DE LA CUENTA DE ADEUDO

TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO

D.N.I. C.I.F. TARJETA EXTRANJERO: PASPRT.:

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 Fecha: D.N.I.:
		FIRMA:	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 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. MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL QUE DA COBERTURA A LA INCAPACIDAD TEMPORAL DERIVADA DE CONTINGENCIAS COMUNES

MUTUA Nº

NOMBRE

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

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

ACOGERSE

A la cobertura de las contingencias profesionales.

A la cobertura de cese de actividad.

RENUNCIAR

A la cobertura de las contingencias profesionales.

A la cobertura de cese de actividad.

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

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

TA.0521/4 (Hoja 2/3) (12-07-2015)

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.)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

8. 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

9. 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) (12-01-2015)



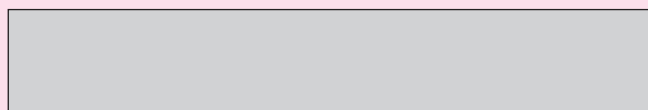
SUBSANACIÓN Y/O MEJORA DE LA SOLICITUD DE ALTA, BAJA O VARIACIÓN DE DATOS EN EL RÉGIMEN ESPECIAL DE AUTÓNOMOS -SOCIOS/AS DE COOPERATIVAS DE TRABAJO ASOCIADO-(TA.0521/4)

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) (12-01-2015)

