

SOLICITUD DE RENUNCIA/DESISTIMIENTO DE LA PRESTACIÓN EXTRAORDINARIA DE CESE DE ACTIVIDAD

Datos personales solicitante

| | | | | |
|-----------------------------|----------------|------------------|--------------------|--------|
| Primer apellido | | Segundo apellido | | Nombre |
| | | | | |
| DNI / NIF / Pasaporte / NIE | Teléfono móvil | | Correo electrónico | |
| | | | | |

En su día procedí a solicitar la prestación extraordinaria de cese de actividad ante la citada Mutua, al amparo de lo establecido en el Real Decreto-ley 8/2020, de 17 de marzo, de medidas urgentes extraordinarias para hacer frente al impacto económico y social del COVID-19.

SOLICITO:

- Renunciar a dicha prestación desde su inicio.
- Modificar la solicitud inicial fijando la fecha de inicio de la prestación _____
- Solicito el cese de la prestación en fecha _____

Por la presente solicito la renuncia de la prestación o en su caso la modificación del inicio de la misma, según lo marcado anteriormente.

En _____ a _____ de _____ de 202 _____
Firma solicitante

LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS

Los datos personales que facilite a Mutua Intercomarcal serán tratados de acuerdo con nuestra **política de privacidad** (www.mutua-intercomarcal.com/avisolegal) con el fin de prestarle los servicios regulados legalmente por la ley general de la Seguridad Social y normativa de desarrollo de la misma. Sus datos no serán cedidos a terceros, no estarán sometidos a transferencias internacionales y serán conservados durante los plazos legalmente establecidos. Puede ejercer de forma gratuita, sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación de tratamiento y portabilidad, por correo electrónico al Delegado de Protección de Datos (lopd@mutua-intercomarcal.com) o por correo postal (Avenida Icaria, 133-135 /08005 Barcelona) adjuntando una copia de su DNI o documento acreditativo equivalente.