

**SOLICITUD DE RENUNCIA/DESISTIMIENTO DE LA  
PRESTACIÓN EXTRAORDINARIA DE CESE DE ACTIVIDAD  
(ART. 9/10 del RDL-24/2020)**

**Datos personales solicitante**

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

En su día procedí a solicitar la prestación de cese de actividad ante la citada Mutua, al amparo de lo establecido en el Real Decreto-ley 24/2020, de 26 de junio, de medidas sociales de reactivación del empleo, protección del trabajo autónomo y de competitividad del sector industrial.

**SOLICITO:**

- Renunciar a dicha prestación desde su inicio y devolver la prestación recibida.
- Renunciar a la prestación desde la fecha\* \_\_\_\_\_

*\*(La renuncia surtirá efectos el mes siguiente a su comunicación)*

**Por la presente solicito la renuncia de la prestación total o en la fecha indicada, 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](http://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](mailto:lopd@mutua-intercomarcal.com)) o por correo postal (Avenida Icaria, 133-135 /08005 Barcelona) adjuntando una copia de su DNI o documento acreditativo equivalente.