



TA.0521/1 (Hoja 1/2)

Registro de presentación

Registro de entrada

SOLICITUD SIMPLIFICADA DE: ALTA, BAJA O VARIACIÓN DE DATOS EN EL RÉGIMEN ESPECIAL DE AUTÓNOMOS

1. DATOS DEL SOLICITANTE

Form fields for applicant data: 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, 1.6 DOMICILIO, 1.7 DATOS TELEMATÍCOS.

2. DATOS RELATIVOS A LA SOLICITUD (Marque con "X" la opción correcta)

Form fields for application details: ALTA, BAJA, VARIACIÓN DE DATOS, FECHA DE INICIO/CESE/VARIACIÓN DE DATOS, 2.1 CAUSA DE LA BAJA / VARIACIÓN DE DATOS, 2.2 D.N.I./N.S./C.I.F. o C.C.C. DEL SUCESOR/A DE LA ACTIVIDAD.

3. DATOS RELATIVOS A LA ACTIVIDAD PROFESIONAL

Form fields for professional activity: 3.1 ACTIVIDAD ECONÓMICA - COLEGIO PROFESIONAL, 3.2 I.A.E., CNAE 2009, 3.3 NOMBRE COMERCIAL, 3.4 DOMICILIO, 3.5 MARQUE CON "X" SI ESTA INCLUIDO EN ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SUPUESTOS.

4. OPCIÓN RESPECTO DE LA BASE DE COTIZACIÓN, DE LAS CONTINGENCIAS PROFESIONALES Y DE LA MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL

IMPORTANTE: CUMPLIMENTAR EN LA SIGUIENTE HOJA

5. OTROS DATOS

Form fields for other data: 5.1 DATOS RELATIVOS AL REPRESENTANTE, 5.2 DATOS RELATIVOS AL AUTORIZADO DEL SISTEMA RED.

6. A EFECTOS DE NOTIFICACIONES SEÑALA COMO DOMICILIO PREFERENTE (Marque con una "X" la opción correcta)

Form fields for preferred domicile: DOMICILIO DEL SOLICITANTE (APARTADO 1.6), DOMICILIO DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL (APARTADO 3.4), OTRO DOMICILIO (ANOTAR EN LA SIGUIENTE HOJA).

7. DATOS PARA LA DOMICILIACIÓN DEL PAGO DE CUOTAS

Form fields for payment details: CÓDIGO INTERNACIONAL CUENTA BANCARIA (IBAN), TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO, N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO.

Signature and notification fields: FIRMA DEL TRABAJADOR/A, FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE, DILIGENCIA DE NOTIFICACIÓN DE LA SUBSANACIÓN Y/O MEJORA DE LA SOLICITUD, DILIGENCIA DE NOTIFICACIÓN DE LA RESOLUCIÓN.

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.0521/1 (Hoja 1/2) (12-01-2015)



TA.0521/2 (Hoja 1/2)

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

6. A EFECTOS DE NOTIFICACIONES SEÑALA COMO DOMICILIO PREFERENTE UN DOMICILIO DISTINTO DEL DE RESIDENCIA O DEL DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA

TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA	BLOQUE	NÚM.	BIS	ESCAL.	PISO	PUERTA	CÓD. POSTAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DOMICILIO MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO		PROVINCIA			TELÉFONO			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>			
APARTADO DE CORREOS								
<input type="text"/>								

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

FIRMA DEL TRABAJADOR/A



RESGUARDO DE SOLICITUD SIMPLIFICADA DE ALTA, BAJA O VARIACIÓN DE DATOS EN EL RÉGIMEN ESPECIAL DE AUTÓNOMOS (TA.0521/1)

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
APELIDOS 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

TA.0521/1 (Resguardo) (12-01-2015)



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.



SUBSANACIÓN Y/O MEJORA DE LA SOLICITUD SIMPLIFICADA DE ALTA, BAJA O VARIACIÓN DE DATOS EN EL RÉGIMEN ESPECIAL DE AUTÓNOMOS (TA.0521/1)

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
APELIDOS 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

TA.0521/1 (Subsanación) (12-01-2015)

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.

Empty box for attaching documents

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.