



TA.0521/4-G (Folla: 1/3)

Registro de presentación

Registro de entrada

**SOLICITUDE DE: ALTA, BAIXA OU VARIACIÓN DE DATOS NO RÉXIME ESPECIAL DE AUTÓNOMOS  
-SOCIOS/AS DE COOPERATIVAS DE TRABALLO ASOCIADO-**

1. DATOS DO SOLICITANTE

1.1 PRIMEIRO APELIDO		SEGUNDO APELIDO		NOME		1.2 NÚMERO DE SEGURIDADE SOCIAL	
DATA DE NACEMENTO		1.3 GRAO DE DISCAPACIDADE		1.4 TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICADOR		1.5 N.º DE DOCUMENTO IDENTIFICADOR	
Día Mes Ano		DNI: TARXETA DE ESTRANXEIRO: PASAPORTE:					
1.6 DOMICILIO		TIPO DE VÍA		NOME DA VÍA PÚBLICA		BLOQUE NÚM. BIS ESCAL. PISO PORTA CÓD. POSTAL	
MUNICIPIO / ENTIDADE DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AO MUNICIPIO		PROVINCIA					
1.7 DATOS TELEMÁTICOS		ENDEREZO ELECTRÓNICO		ACEPTO ENVÍO COMUNICACIÓNS INFORMATIVAS DA SEGURIDADE SOCIAL		SI NON TELÉFONO MÓBIL	

2. DATOS RELATIVOS Á SOLICITUDE (marque cunha "X" a opción correcta)

ALTA  BAIXA  VARIACIÓN DE DATOS  DATA DE INICIO/CESAMENTO/VARIACIÓN DE DATOS Día Mes Ano

2.1 CAUSA DA BAIXA / VARIACIÓN DE DATOS

Esta solicitude vai acompañada dos seguintes documentos:

3. DATOS RELATIVOS Á ACTIVIDADE PROFESIONAL

3.1 ACTIVIDADE ECONÓMICA - COLEXIO PROFESIONAL 3.2 I.A.E. CNAE 2009

3.3 NOME COMERCIAL 3.5 MULLER REINCORPORADA AO TRABALLO DESPOIS DA MATERNIDADE

3.4 DOMICILIO

TIPO DE VÍA NOME DA VÍA PÚBLICA BLOQUE NÚM. BIS ESCAL. PISO PORTA CÓD. POSTAL

MUNICIPIO / ENTIDADE DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AO MUNICIPIO PROVINCIA TELÉFONO

IDENTIFICACIÓN DA SOCIEDADE COOPERATIVA

CCC PRINCIPAL CIF. RAZÓN SOCIAL

DATOS DA CONSTITUCIÓN

DATA DE CONSTITUCIÓN TIPO DE REGISTRO NÚMERO

PROVINCIA TOMO LIBRO FOLIO SECCIÓN FOLLA

ACTIVIDADE ECONÓMICA DA SOCIEDADE I.A.E. CNAE 2009

4. OPCIÓN CON RESPECTO DA BASE DE COTIZACIÓN, DA INCAPACIDADE TEMPORAL POR CONTINXENCIAS COMÚNS E DAS CONTINXENCIAS PROFESIONAIS

**IMPORTANTE: CUBRIR NA SEGUINTE FOLLA**

5. OUTROS DATOS

5.1 DATOS RELATIVOS AO REPRESENTANTE

NOME E APELIDOS OU RAZÓN SOCIAL

N.º DE DOCUMENTO IDENTIFICADOR NÚMERO DE SEGURIDADE SOCIAL

5.2 DATOS RELATIVOS AO AUTORIZADO DO SISTEMA RED

NOME E APELIDOS OU RAZÓN SOCIAL

NÚMERO DA AUTORIZACIÓN

6. PARA OS EFECTOS DE NOTIFICACIÓNS SINALA COMO DOMICILIO PREFERENTE (marque cunha "X" a opción correcta)

DOMICILIO DO SOLICITANTE (APARTADO 1.6)  DOMICILIO DA ACTIVIDADE PROFESIONAL (APARTADO 3.4)  OUTRO DOMICILIO

DOMICILIO

TIPO DE VÍA NOME DA VÍA PÚBLICA BLOQUE NÚM. BIS ESCAL. PISO PORTA CÓD. POSTAL

MUNICIPIO / ENTIDADE DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AO MUNICIPIO PROVINCIA TELÉFONO

APARTADO DE CORREOS

7. DATOS PARA A DOMICILIACIÓN DO PAGAMENTO DE COTAS

CÓDIGO INTERNACIONAL CONTA BANCARIA (IBAN)

DOCUMENTO IDENTIFICATIVO DO TITULAR DA CONTA DE DÉBITO

TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO

D.N.I.: C.I.F.: TARXETA ESTRANXEIRO: PASPRT.: N.º DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO

SINATURA DO/DA TRABALLADOR/A	SINATURA E SELO DO REPRESENTANTE	DILIXENCIA DE NOTIFICACIÓN DA EMENDA E MELLORA DA SOLICITUDE	DILIXENCIA DE NOTIFICACIÓN DA RESOLUCIÓN
		Data: DNI: SINATURA:	BOLETÍNS DE COTIZACIÓN RECIBIDOS: DE A Data: DNI: SINATURA:

EMENDA E/OU MELLORA REQUIRIDA

ÓRGANO AO QUE SE DIRIXE A SOLICITUDE: DIRECCIÓN PROVINCIAL OU ADMINISTRACIÓN DA T X S S :

ADVERTENCIA: Nas comunidades autónomas con lingua cooficial, existe á súa disposición, este impreso redactado na outra lingua oficial.

TA.0521/4-G (folia 1/3)  
(30-01-2015)



TA.0521/4-G (Folla: 2/3)

Registro de presentación

Registro de entrada

DATOS DO SOLICITANTE

NOME E APELIDOS

NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIFICADOR

NÚMERO DE SEGURIDADE SOCIAL (NSS)

OPCIÓN

4.1. OPCIÓN CON RESPECTO Á BASE DE COTIZACIÓN

BASE MÍNIMA

BASE MÁXIMA

OUTRA BASE

SOLICITA o INCREMENTO automático da base de cotización na mesma porcentaxe na que se incremente a base máxima de cotización do réxime especial.

4.2. MUTUA COLABORADORA COA SEGURIDADE SOCIAL QUE LLE DÁ COBERTURA Á INCAPACIDADE TEMPORAL DERIVADA DE CONTINXENCIAS COMÚNS

MUTUA N.º

NOME

4.3. OPCIÓN RESPECTO DA COBERTURA DAS CONTINXENCIAS PROFESIONAIS [ACCIDENTES DE TRABALLO E ENFERMIDADES PROFESIONAIS] E/OU CESAMENTO DE ACTIVIDADE

SOLICITA (Marque cunha "X" o que proceda):

**ACOLLERSE**

Á cobertura das continxencias profesionais.

Á cobertura de cesamento de actividade.

**RENUNCIAR**

Á cobertura das continxencias profesionais.

Á cobertura de cesamento de actividade.

4.4. OPCIÓN RESPECTO DA INCAPACIDADE TEMPORAL EN SITUACIÓN DE PLURIACTIVIDADE

SOLICITA (Marque cunha "X" o que proceda):

**ACOLLERSE** á cobertura da incapacidade temporal

**NON SE ACOLLER** á cobertura da incapacidade temporal

ADVERTENCIA: Nas comunidades autónomas con lingua cooficial, existe á súa disposición, este impreso redactado na outra lingua oficial.

SINATURA DO/DA TRABALLADOR/A



TA.0521/4-G (Folla: 3/3)

Rexistro de presentación

Rexistro de entrada

DECLARACIÓN

-RÉXIME ESPECIAL DA SEGURIDADE SOCIAL DE TRABALLADORES POR CONTA PROPIA OU AUTÓNOMOS- SOCIO/A DE COOPERATIVA DE TRABALLO ASOCIADO

DATOS DO SOLICITANTE

Form fields for NOME E APELIDOS, NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIFICADOR, and NÚMERO DE SEGURIDADE SOCIAL (NSS)

8. DECLARACIÓN PARA AS SOLICITUDES DE ALTA

D./D.ª: \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ e NSS \_\_\_\_\_, en calidade de \_\_\_\_\_, representante legal da COOPERATIVA \_\_\_\_\_ con CIF \_\_\_\_\_ e CCC PRINCIPAL \_\_\_\_\_.

DECLARA que D./D.ª: \_\_\_\_\_

É socio desta COOPERATIVA, cuxos datos identificadores constan nesta solicitude e INICIOU a prestación de servizos remunerados para esta o día \_\_\_\_\_

SINATURA E SELO box for section 8

9. DECLARACIÓN PARA AS SOLICITUDES DE BAIXA

D./D.ª: \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ e NSS \_\_\_\_\_, en calidade de \_\_\_\_\_, representante legal da COOPERATIVA \_\_\_\_\_ con CIF \_\_\_\_\_ e CCC PRINCIPAL \_\_\_\_\_.

DECLARA que D./D.ª: \_\_\_\_\_

FOI socio desta COOPERATIVA, cuxos datos identificadores constan nesta solicitude e CESOU a prestación de servizos remunerados para esta o día \_\_\_\_\_

SINATURA E SELO box for section 9

ADVERTENCIA: Nas comunidades autónomas con lingua cooficial, existe á súa disposición, este impreso redactado na outra lingua oficial.



**XUSTIFICANTE DE SOLICITUDE DE ALTA, BAIXA OU VARIACIÓN DE DATOS  
NO RÉXIME ESPECIAL DE AUTÓNOMOS  
-SOCIOS/AS DE COOPERATIVAS DE TRABALLO ASOCIADO- (TA.0521/4-G)**

Coa data que se indica neste documento tivo entrada no rexistro desta Dirección Provincial ou Administración da Seguridade Social a solicitude cuxos datos figuran a continuación:

DATOS DO/DA TRABALLADOR/A

TA.0521/4-G (xustificante)  
(01-10-2016)

APELIDOS E NOME  
[ ]

N.º DE SEGURIDADE SOCIAL [ ] N.º DE DOCUMENTO IDENTIFICADOR [ ]

ALTA  BAIXA  VARIACIÓN DE DATOS  DATA DE ALTA/BAIXA/VARIACIÓN DE DATOS  
Día [ ] Mes [ ] Ano [ ]

DATO DO QUE SE SOLICITA A VARIACIÓN  
[ ]

[ ]  
Rexistro de entrada  
[ ]

**PRAZO DE RESOLUCIÓN:** o prazo máximo para ditar e notificar a resolución sobre a presente solicitude será de corenta e cinco días que se contarán a partir da data da súa entrada no Rexistro da Dirección Provincial da Tesourería Xeral da Seguridade Social ou Administración da Seguridade Social competente para a súa tramitación. O prazo indicado poderá ser suspendido cando deba requirirse a emenda de deficiencias e a achega de documentos e outros elementos de xuízo necesarios, así como no resto dos supostos do art. 22.1 da Lei 39/2015, do 1 de outubro, do procedemento administrativo común das administracións públicas. Transcorrido o citado prazo sen que recaia resolución expresa, a solicitude poderá entenderse estimada, o que se comunica para os efectos do establecido no artigo 21.4 da Lei 39/2015.



**EMENDA E/OU MELLORA DA SOLICITUDE DE ALTA, BAIXA OU  
VARIACIÓN DE DATOS NO RÉXIME ESPECIAL DE AUTÓNOMOS  
-SOCIOS/AS DE COOPERATIVAS DE TRABALLO ASOCIADO-(TA.0521/4-G)**

A solicitude de alta, baixa ou variación de datos do/da traballador/a por conta propia cuxos datos figuran a continuación, non reúne os requisitos establecidos polo art. 66 da Lei 39/2015, do 1 de outubro, do procedemento administrativo común das administracións públicas, e/ou os establecidos no Regulamento xeral aprobado polo Real decreto 84/1996 do 26 de xaneiro, polo que non se pode ditar resolución expresa no mesmo acto da presentación da solicitude.

DATOS DO/DA TRABALLADOR/A

APELIDOS E NOME  
[ ]

N.º DE SEGURIDADE SOCIAL [ ] N.º DE DOCUMENTO IDENTIFICADOR [ ]

ALTA  BAIXA  VARIACIÓN DE DATOS  DATA DE ALTA/BAIXA/VARIACIÓN DE DATOS  
Día [ ] Mes [ ] Ano [ ]

DATO DO QUE SE SOLICITA A VARIACIÓN  
[ ]

De conformidade co establecido no art. 68 da Lei 39/2015, nun prazo de DEZ DÍAS, a empresa solicitante deberá emendar a falta que se indica e/ou acompañar os documentos que se relacionan.

[ ]

Se non se emendase a falta ou non se entregasen os documentos solicitados, entenderase que desiste da súa petición, dítase a correspondente resolución e notificaráselle á Inspección de Traballo e Seguridade Social para os efectos pertinentes.

[ ]  
Registro de saída  
[ ]

**PRAZO DE RESOLUCIÓN:** o prazo máximo para ditar e notificar a resolución sobre a presente solicitude será de corenta e cinco días que se contarán a partir da data da súa entrada no Rexistro da Dirección Provincial da Tesourería Xeral da Seguridade Social ou Administración da Seguridade Social competente para a súa tramitación. O prazo indicado poderá ser suspendido cando deba requirirse a emenda de deficiencias e a achega de documentos e outros elementos de xuízo necesarios, así como no resto dos supostos do art. 22.1 da Lei 39/2015, do 1 de outubro, do procedemento administrativo común das administracións públicas. Transcorrido o citado prazo sen que recaia resolución expresa, a solicitude poderá entenderse estimada, o que se comunica para os efectos do establecido no artigo 21.4 da Lei 39/2015.