



TA.0521/2-G (Folla 1/3)

Registro de presentación

Registro de entrada

**SOLICITUDE DE: ALTA, BAIXA OU VARIACIÓN DE DATOS NO RÉXIME ESPECIAL DE AUTÓNOMOS  
-FAMILIAR COLABORADOR DO TITULAR DA EXPLOTACIÓN-**

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 Anor				DNI: TARXETA DE ESTRANXEIRO: PASAPORTE:						
TIPO DE VÍA		NOME DA VÍA PÚBLICA		BLOQUE	NÚM.	BIS	ESCAL.	PISO	PORTA	CÓD. POSTAL
1.6 DOMICILIO		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 Anor

2.1 CAUSA DA BAIXA / VARIACIÓN DE DATOS

2.2 DNI/NSS/CIF ou CCC DO/DA SUCEADOR/A DA ACTIVIDADE

Esta solicitude vai acompañada dos seguintes documentos:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. DATOS RELATIVOS Á ACTIVIDADE PROFESIONAL

3.1 ACTIVIDADE ECONÓMICA - COLEXIO PROFESIONAL

3.2 I.A.E. CNAE 2009

3.3 NOME COMERCIAL

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			

3.5 MULLER REINCORPORADA AO TRABALLO DESPOIS DA MATERNIDADE

4. OPCIÓN CON RESPECTO Á 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		5.2 DATOS RELATIVOS AO AUTORIZADO DO SISTEMA RED	
NOME E APELIDOS OU RAZÓN SOCIAL		NOME E APELIDOS OU RAZÓN SOCIAL	
N.º DE DOCUMENTO IDENTIFICADOR	NÚMERO DE SEGURIDADE 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 (ANOTARASE NA SEGUINTE FOLLA)

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:

Nº 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:	BOLETINS 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.0521/2-G (folia 1/3)  
(30-01-2015)



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

Rexistro de presentación

Rexistro 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.

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

**ACOLLERSE** á cobertura da incapacidade temporal

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

6. PARA OS EFECTOS DE NOTIFICACIÓNS, SINALA COMO DOMICILIO PREFERENTE UN DOMICILIO DISTINTO DO DE RESIDENCIA OU DO DA ACTIVIDADE ECONÓMICA

TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA PÚBLICA	BLOQUE	NÚM.	BIS	ESCAL.	PISO	PORTA	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 / ENTIDADE DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AO MUNICIPIO			PROVINCIA		TELÉFONO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>	
APARTADO DE CORREOS		<input type="text"/>						
<input type="text"/>								

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

TA.0521/2-G (folla 2/3)  
(30-01-2015)

SINATURA DO/DA TRABALLADOR/A



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

Rexistro de presentación

Rexistro de entrada

**DECLARACIÓN:**

**-RÉXIME ESPECIAL DE TRABALLADORES POR CONTA PROPIA OU AUTÓNOMOS  
-FAMILIAR COLABORADOR DO TITULAR DA EXPLOTACIÓN**

DATOS DO SOLICITANTE

NOME E APELIDOS

NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIFICADOR

NÚMERO DE SEGURIDADE SOCIAL (NSS)

8. DECLARACIÓN PARA AS SOLICITUDES DE ALTA

D./D.<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_,

con DNI \_\_\_\_\_ e NSS \_\_\_\_\_

Declara baixo a súa responsabilidade que é titular da empresa cuxos datos figuran nesta solicitude e que o traballador cuxos datos identificadores constan nesta, ao que o une a relación de parentesco de \_\_\_\_\_ PRESTA os seus servizos como colaborador familiar na súa empresa DESDE o día \_\_\_\_\_, sen que exista entre eles relación laboral.

Así mesmo, o titular da explotación DECLARA que:

ESTÁ EN SITUACIÓN DE ALTA NO RÉXIME ESPECIAL DA SEGURIDADE SOCIAL DOS TRABALLADORES POR CONTA PROPIA OU AUTÓNOMOS (RETA)

NON ESTÁ EN SITUACIÓN DE ALTA NO RETA, E A SÚA ACTUACIÓN NESTA LÍMITASE AO DESENVOLVEMENTO DAS FUNCIÓNS INHERENTES A TAL TITULARIDADE POR DARSE A CIRCUNSTANCIA DE \_\_\_\_\_

SINATURA DO TITULAR DA EXPLOTACIÓN

9. DECLARACIÓN PARA AS SOLICITUDES DE BAIXA

D./D.<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_,

con DNI \_\_\_\_\_ e NSS \_\_\_\_\_

Declara baixo a súa responsabilidade que é titular da empresa cuxos datos figuran nesta solicitude e que o traballador cuxos datos identificadores constan nesta, ao que o une a relación de parentesco de \_\_\_\_\_ PRESTOU os seus servizos como colaborador familiar na súa empresa ATA o día \_\_\_\_\_, sen que exista entre eles relación laboral.

SINATURA DO TITULAR DA EXPLOTACIÓN

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 -FAMILIAR COLABORADOR DO TITULAR DA EXPLOTACIÓN- (TA.0521/2-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.0521/2-G (xustificante)  
(30-01-2015)

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 -FAMILIAR COLABORADOR DO TITULAR DA EXPLOTACIÓN- (TA.0521/2-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 Trabajo e Seguridade Social para os efectos pertinentes.

[ ]  
Rexistro 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.