



TC.13/1-G

Registro de presentación

Registro de entrada

SOLICITUDE DE: DEVOLUCIÓN DE INGRESOS INDEBIDOS

Nº DE EXPEDIENTE ASIGNADO

DATOS DO SOLICITANTE

APELIDOS E NOME OU RAZÓN SOCIAL		NIF/CIF						
<input type="text"/>		<input type="text"/>						
Nº DE AFILIACIÓN	CÓDIGO CONTA COTIZACIÓN	RÉXIME DE PERTENZA						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA PÚBLICA	BLOQUE	NÚM.	BIS	ESCAL.	PISO	PORTA	C.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"/>		

DATOS DA DEVOLUCIÓN QUE SE SOLICITA

CAUSA DA DEVOLUCIÓN

PERÍODO

IMPORTE

Esta solicitude acompáñase dos seguintes documentos:

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

DATOS BANCARIOS PARA EFECTUAR A DEVOLUCIÓN

TITULAR DA CONTA

NIF/CIF

CÓDIGO INTERNACIONAL CONTA BANCARIA (IBAN)

DATOS RELATIVOS AO REPRESENTANTE

NOME E APELIDOS OU RAZÓN SOCIAL

TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICADOR (Marque con "X" o que proceda)

DNI: CIF: TARXETA DE ESTRANXEIRO: PASAPORTE:

Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICADOR

NÚMERO DA SEGURIDADE SOCIAL

DOMICILIO

LUGAR, DATA E SINATURA DO SOLICITANTE OU REPRESENTANTE	SELO SOLICITANTE/REPRESENTANTE
Lugar: <input type="text"/>	<input type="text"/>
Data: <input type="text"/>	
Sinatura <input type="text"/>	

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

Nun prazo non superior a seis meses, o órgano competente ditará resolución declarando ou non o dereito á devolución. Transcorrido o dito prazo sen que recaia resolución expresa, poderá entenderse desestimada a solicitude, segundo se establece no número 2 do artigo. 45, do Regulamento xeral de recadación da Seguridade Social, aprobado polo Real decreto 1415/2004, do 11 de xuño (BOE do 25).

AVISO: Existe a su disposición este impreso redactado en lengua castellana.

EXEMPLAR PARA A TESOURARÍA XERAL DA SEGURIDADE SOCIAL



TC.13/1-G

Registro de presentación

Registro de entrada

SOLICITUDE DE: DEVOLUCIÓN DE INGRESOS INDEBIDOS

Nº DE EXPEDIENTE ASIGNADO

DATOS DO SOLICITANTE

APELIDOS E NOME OU RAZÓN SOCIAL		NIF/CIF						
<input type="text"/>		<input type="text"/>						
Nº DE AFILIACIÓN	CÓDIGO CONTA COTIZACIÓN	RÉXIME DE PERTENZA						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA PÚBLICA	BLOQUE	NÚM.	BIS	ESCAL.	PISO	PORTA	C.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"/>		

DATOS DA DEVOLUCIÓN QUE SE SOLICITA

CAUSA DA DEVOLUCIÓN		
<input type="text"/>		
PERÍODO	IMPORTE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Esta solicitude acompáñase dos seguintes documentos:		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS BANCARIOS PARA EFECTUAR A DEVOLUCIÓN

TITULAR DA CONTA	NIF/CIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>
CÓDIGO INTERNACIONAL CONTA BANCARIA (IBAN)	
<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

DATOS RELATIVOS AO REPRESENTANTE

NOME E APELIDOS OU RAZÓN SOCIAL	TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICADOR (Marque con "X" o que proceda)			
<input type="text"/>	DNI: <input type="checkbox"/>	CIF: <input type="checkbox"/>	TARXETA DE ESTRANXEIRO: <input type="checkbox"/>	PASAPORTE: <input type="checkbox"/>
Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICADOR	NÚMERO DA SEGURIDADE SOCIAL	DOMICILIO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

LUGAR, DATA E SINATURA DO SOLICITANTE OU REPRESENTANTE		SELO SOLICITANTE/REPRESENTANTE
Lugar:	Data:	<input type="text"/>
Sinatura _____		

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

Nun prazo non superior a seis meses, o órgano competente ditará resolución declarando ou non o dereito á devolución. Transcorrido o dito prazo sen que recaia resolución expresa, poderá entenderse desestimada a solicitude, segundo se establece no número 2 do artigo. 45, do Regulamento xeral de recadación da Seguridade Social, aprobado polo Real decreto 1415/2004, do 11 de xuño (BOE do 25).

AVISO: Existe a su disposición este impreso redactado en lengua castellana.

EXEMPLAR PARA O/A INTERESADO/A