



T.3

Registro de presentación

Registro de entrada

## SOLICITUD DE DOCUMENTO O INFORMACIÓN EXISTENTE EN LAS BASES DE DATOS DE LA TESORERÍA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL SOBRE PERSONAS FÍSICAS

### 1. DATOS DEL AFILIADO/A

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	
FECHA DE NACIMIENTO		TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO				Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO	
Día	Mes	Año	D.N.I.	TARJETA DE EXTRANJERO	PASAPORTE		
TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA			BLOQUE	NÚM.	BIS	ESCAL.
DOMICILIO	MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO			PROVINCIA	PISO	PUERTA	CÓD. POSTAL
DADOS TELEMÁTICOS		CORREO ELECTRÓNICO					
		ACEPTO ENVÍO COMUNICACIONES INFORMATIVAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL		SI	NO	TELÉFONO MÓVIL	

### 2. OTROS NÚMEROS DE SEGURIDAD SOCIAL DEL SOLICITANTE, SI PROCEDE

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

### 3. TIPO DE SOLICITUD (Marque con "X" lo que proceda)

DOCUMENTO O INFORMACIÓN SOBRE DATOS DE AFILIACIÓN Y VIDA LABORAL:

DUPLICADO DEL DOCUMENTO IDENTIFICATIVO ANTE LA SEGURIDAD SOCIAL

INFORME QUE ACREDITE NO ESTAR AFILIADO A LA SEGURIDAD SOCIAL

INFORME DE VIDA LABORAL:  COMPLETO  PARCIAL (Indique a continuación el motivo):

PARA CLASES PASIVAS DEL ESTADO

PARA OTRO USO (Indique los períodos y/o Regímenes):

PERÍODOS	<input type="checkbox"/> A LA FECHA DE EXPEDICIÓN DEL INFORME	<input type="checkbox"/> PERÍODO: DESDE: / / HASTA: / /
RÉGIMEN	<input type="checkbox"/> GENERAL	<input type="checkbox"/> CARBÓN
	<input type="checkbox"/> AUTÓNOMOS	<input type="checkbox"/> EMPLEADOS DE HOGAR
	<input type="checkbox"/> AGRARIO	<input type="checkbox"/> MAR

### INFORMACIÓN SOBRE BASES DE COTIZACIÓN O INGRESO DE CUOTAS:

INFORMACIÓN SOBRE BASES DE COTIZACIÓN

INFORMACIÓN SOBRE SITUACIÓN RESPECTO DEL INGRESO DE CUOTAS (Sólo para personas responsables del ingreso de cuotas: representantes de comercio, trabajadores autónomos, trabajadores agrarios por cuenta propia o ajena, trabajadores por cuenta propia del mar, empleados de hogar discontinuos y suscriptores de convenios especiales).  
INDIQUE EL MOTIVO POR EL QUE SOLICITA LA INFORMACIÓN:

**DOCUMENTACIÓN A APORTAR:** Original del documento identificativo de autorizado, además del original o fotocopia del documento identificativo del afiliado/a.

### IMPORTANTE

SI LA INFORMACIÓN VA A SER ENTREGADA A PERSONA DISTINTA DEL TITULAR DE LOS DATOS, DEBERÁ CUMPLIMENTARSE EL REVERSO DE ÉSTE DOCUMENTO

### LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL SOLICITANTE

Lugar: Fecha:

Firma \_\_\_\_\_

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

T.3 (06-2022)



T.3

**AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR DOCUMENTACIÓN O INFORMACIÓN RELATIVA A PERSONA DIFERENTE A SU TITULAR**

DATOS DEL AUTORIZADO (Si es persona física)

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			NOMBRE						
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO (Marque con una "X" lo que proceda)				Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL					
D.N.I.:	<input type="checkbox"/>	TARJETA DE EXTRANJERO:	<input type="checkbox"/>	PASAPORTE:	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
DOMICILIO	TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA			BLOQUE	NÚM.	BIS	ESCAL.	PISO	PUERTA	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"/>
	MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO				PROVINCIA			TELÉFONO			
<input type="text"/>				<input type="text"/>			<input type="text"/>				

DATOS DEL AUTORIZADO (Si es persona jurídica)

RAZÓN SOCIAL								CÓDIGO IDENTIFICACIÓN FISCAL			
<input type="text"/>								<input type="text"/>			
DOMICILIO	TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA			BLOQUE	NÚM.	BIS	ESCAL.	PISO	PUERTA	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"/>
	MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO				PROVINCIA			TELÉFONO			
<input type="text"/>				<input type="text"/>			<input type="text"/>				
REPRESENTANTE	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			NOMBRE					
	<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>					
	TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO (Marque con una "X" lo que proceda)				Nº DEL DOCUMENTO IDENTIFICATIVO		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL				
D.N.I.:	<input type="checkbox"/>	TARJETA DE EXTRANJERO:	<input type="checkbox"/>	PASAPORTE:	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

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

El afiliado **autoriza** a la persona cuyos datos han sido consignados en el apartado "DATOS DEL AUTORIZADO", a recibir la documentación o la información requerida, en el anverso de la presente solicitud.

**DOCUMENTACIÓN QUE DEBE APORTARSE:**

- Fotocopia del documento identificativo vigente del afiliado/a indicado en el apartado 1 del anverso (D.N.I., Tarjeta de Extranjero o Pasaporte)
- Original del documento identificativo del autorizado o de su representante si es persona jurídica, que se haya señalado (D.N.I., Tarjeta de Extranjero o Pasaporte)

T.3  
(06-2022)

LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL TITULAR DE LOS DATOS	
Lugar:	Fecha:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma _____	

LUGAR, FECHA Y FIRMA DE LA PERSONA FÍSICA AUTORIZADA	
Lugar:	Fecha:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma _____	

LUGAR, FECHA Y SELLO DE LA PERSONA JURÍDICA AUTORIZADA	
Lugar:	Fecha:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma _____	

**Información Básica sobre Protección de Datos del Tratamiento "AFILIACIÓN E INSCRIPCIÓN DE EMPRESAS"**

<b>Responsable</b>	Sub. Gral. Afiliación, Cotización y Recaudación en Periodo Voluntario - Tesorería General de la Seguridad Social.
<b>Finalidad</b>	Gestión integrada de la afiliación de trabajadores, inscripción de empresas y autorizaciones RED. Gestión, actualización y consulta de los datos de afiliación, altas, bajas y variaciones de trabajadores y de inscripción de las empresas
<b>Legitimación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ RGPD. - Artículo 6. 1. a) el interesado dio su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales para uno o varios fines específicos.</li><li>▪ RGPD. - Artículo 6. 1. c) el tratamiento es necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento.</li><li>▪ RGPD. - Artículo 6. 1. e) el tratamiento es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento.</li><li>▪ Ley General de Seguridad Social, Texto Refundido (RD - Legislativo 8/2015).</li></ul>
<b>Destinatarios</b>	Entidades Gestoras de la Seguridad Social, Inspección de Trabajo y Seguridad Social, Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social, Fondo de Garantía Salarial, Departamentos Ministeriales, Agencia Estatal de Administración Tributaria, Instituto Nacional de Estadística, Comunidades Autónomas, Entidades Locales, Juzgados y Tribunales, Agentes Sociales y Entidades Financieras.
<b>Derechos</b>	Tiene derecho a acceder, rectificar y a oponerse a tratamientos no consentidos, así como otros derechos, según se detalla en la información adicional.
<b>Información Adicional</b>	Puede consultar la información detallada sobre protección de datos y este tratamiento, en nuestra <a href="#">sede electrónica</a>